TRATTATO PRATICO

DELLA

TISI LARINGEA

della

LARINGITIDE CRONICA

e

DELLE MALATTIE DELLA VOCE

Per A. Trousseau

e

Per Belloc

PALERMO

DECIO SANDRON EDITORE

1847

Venezia - Coi tipi di G. Antonelli premiato di medaglie d'oro - 1843

TRATTATO PRATICO

DELLA

TISI LARINGEA

OPERA CORONATA

Dall'Accademia Reale di Medicina.

TRATTATO PRATICO

DELLA

TISI LARINGEA

DELLA

LARINGITIDE CRONICA

E

DELLE MALATTIE DELLA VOCE

Per A. Trousseau

PROFESSORE ALLA FACOLTA' MEDICA DI PARIGI, MEDICO DEGLI OSPEDALI

E H. BELLOC

DOTTORE IN MEDICINA DELLA FACOLTA' DI PARIGI

Preceduto da alcune considerazioni generali sulla laringitide

Del signor Cruveilhier

Dottore in medicina della facoltà di Parigi.

Prima traduz. italiana sull'ediz. belgica

Palermo

PRESSO DECIO SANDRON LIBRAJO-EDITORE

Piazza Marina n. 47, e via Toledo n. 495-96

1846

PREFAZIONE

Erasi già da noi cominciato un lavoro sulla tisi laringea, allorchè l'Accademia reale di medicina propose per soggetto di premio, l'istoria di questa malattia; poche cose ci rimasero dunque a fare perchè la nostra opera potesse soddisfare al programma dato da questo corpo scientifico.

L'Accademia, coronando la nostra memoria, ci ha imposto in qualche modo il dovere di renderci vieppiù degni della sua approvazione.

È però questa opera, abbenchè simile, in quanto alla forma, e all' ordine in cui è disposta, alla memoria presentata alla Accademia, ne differisce nulla di meno per l'estensione, per la scelta, per la copia delle osservazioni.

Questo trattato è il primo che sia stato pubblicato *ex professo* su tale materia; e non andrà esente perciò di numerose imperfezioni.

Ma in mancanza d'altri titoli alla riconoscenza dei pratici, avremo almeno quello d' avere pria d' ogni altro consigliato e adibito alcune medicazioni topiche nel trattamento delle malattie croniche del laringe: e con ciò ci lusinghiamo d'aver fatto fare un passo

importante alla terapeutica della tisi laringea, della laringitide cronica, e delle varie malattie della voce.

Trattavasi, prima di noi, la membrana mucosa del laringe, al pari che quella dei bronchi, con mezzi indiretti, e si osava appena far penetrare nelle vie respiratorie taluni medicamenti sotto forma gassosa: noi capimmo che la membrana mucosa del laringe, accessibile ai mezzi topici, doveva essere trattata e poteva essere guarita come la congiuntiva, come la membrana mucosa della bocca e del faringe, come la pelle istessa.

I successi con questo metodo ottenuti ci pruovano ch'esso, se non è *il migliore*, è almeno *migliore* di quelli che sono stati finora adibiti.

Dotare la medicina d'un mezzo curativo di più, è un rendersi benemerito della scienza; e noi ci reputiamo felici nel pensare che taluni ammalati potranno andar a noi debitori della sanità e della vita.

CONSIDERAZIONI GENERALI

SULLA

LARINGITIDE

La laringitide appartiene a quella grande divisione delle angine senza tumore esterno nè interno perfettamente osservata dagli antichi, Ippocrate, Celso, Areteo, e nell'ultimo secolo da Sydenham, Boerhaave, Swieten, ec., e della quale notarono tutti l'estrema gravezza. *Celerrime intereunt sinanche laborantes*, disse Areteo, *non nunquam et antequam medicum accersiverint.*

Intendesi per laringitide l'infiammazione della membrana mucosa del laringe; io aggiugnerò: e quella del tessuto cellulare sotto-mucoso di quest'organo; quindi due specie anatomiche ben distinte, la laringitide mucosa o laringitide propriamente detta, e la laringitide sotto-mucosa. A queste differenze anatomiche corrispondono tali differenze sintomatologiche che sembranmi meritare una descrizione particolare per ciascuna di esse.

Primo genere.—Laringitide mucosa. La laringitide mucosa si divide in laringitide acuta e in laringitide cronica il di cui ultimo termine è la laringitide specifica, la quale è prodotta dal virus venereo. È necessario osservare che, nella laringitide, l'infiammazione è di raro limitata alla mucosa laringea: ora, e il più spesso, si estende alla trachea ed anche ai bronchi, d'onde il nome di laringo-tracheitide che a questa infiammazione si è dato; ora occupa nel tempo stesso il faringe, laringo-faringitide; finalmente in alcuni casi l'infiammazione occupa ad una volta e le vie aeree e le vie digestive; in quest'ultimo caso, ella è spesso epidemica.

Prima specie.—Laringitide acuta. Noi la suddivideremo in catarrale e in crupale o pseudo-membranosa.

Prima varietà.—La laringitide catarrale, catarro laringeo, è un'infiammazione della mucosa laringea la quale, siccome tutti i catarri, ha per risultato ordinario una secrezione abbondante delle mucosità: presenta numerose varietà, dalla raucedine leggiera che fissa appena l'attenzione del pratico, sino a quella infiammazione intensissima, che compromette più o meno immediatamente la vita dell'infermo. Il pericolo della laringitide catarrale, siccome per altro quello di tutte le laringitidi, è dovuto, non all'infiammazione in se stessa, ma alla sua sede; dappoichè servendo il laringe di canale per lo passaggio dell'aria, e questo canale essendo considerabilmente ristretto per la situazione d'un apparecchio particolare, che chiamasi glottide o apparecchio vocale, ne risulta che il più piccolo ingrossamento della mucosa, il più sottile strato di mucosità o di concrezione pseudo-membranosa, può, rendendo difficilissimo l'accesso dell'aria, arrecare tutti i sintomi dell'asfissia. Lo stesso grado d'infiammazione od anche un'infiammazione più intensa e più estesa, situata in modo da non impedire l'ingresso dell'aria, sarebbe esente da ogni gravezza. L'infiammazione della trachea e dei grossi bronchi somministra la pruova diretta di questa proposizione. E non è forse per l'unica ragione delle differenze di dimensioni che presentano, da una parte la glottide del fanciullo e da un'altra parte la glottide dell'adulto, che un'infiammazione dello stesso grado ha risultati così diversi in queste due età della vita?

Caratteri generali.—Il carattere comune di tutte le laringitidi, è l'alterazione della voce la quale divien rauca, velata, grave, allorquando l'infiammazione ha poco diminuite le dimensioni della glottide; acuta, estinta anche, allorchè il ristrignimento è più considerevole. A questo sintomo ch'è patognomonico aggiungonsi i fenomeni seguenti: sentimento di molestia, d'impaccio e di dolore al laringe; dolore eccitato od accresciuto per una pressione laterale esercitata sulla cartilagine tiroide: tosse laringea, molesta, dolorosa, qualchevolta convulsiva, con un tuono esagerato della voce; secca sul principio e senza materia, è ben tosto accompagnata d'un'espettorazione mocciosa, trasparente, indi opaca, mucoso-purulenta. La respirazione è più o meno impedita, soprattutto nel tempo dell'inspirazione la quale è sibilante. La deglutizione è più o meno dolorosa, indipendentemente da ogni infiammazione del faringe. Per poco che l'infiammazione sia intensa, sopravvengono degli accessi di

suffocazione che sembrano il risultato dello spasmo del laringe. Durante questi accessi, la respirazione, la voce e la tosse pigliano il carattere crupale.

Andamento della malattia.—La laringitide catarrale acuta comincia qualchevolta con un accesso di suffocazione talmente intensa che la vita dell'infermo pare minacciata. In altri casi, è preceduta per molti giorni di rochezza nella voce, d'afonia, d'una tosse laringea, alle quali cose non fa l'infermo alcuna attenzione. Non tralascio io mai di raccomandare ai parenti di far chiamare immediatamente il loro medico tostochè i fanciulli hanno la voce fioca, una tosse rauca; è frequente, a questa età della vita, il vedere la rochezza della voce precedere d'alquanti giorni la laringitide catarrale, o la laringitide crupale; un'osservazione costante dimostra che le laringitidi con prodromi sono generalmente assai più gravi che le laringitidi senza prodromi. Del rimanente, questa malattia termina quasi sempre spontaneamente, coll'espettorazione d'una gran copia di mocciosità. Trascurata o mal trattata, può passare allo stato cronico; e non è raro il vederla trasformarsi in laringitide crupale o in laringitide sotto-mucosa.

Diagnosi differenziale.—L'asma acuto di Millar, su cui si è tanto scritto senza intendersi, atteso che questa malattia è stata mal definita, probabilmente non è altra cosa che un accesso di suffocazione della laringitide. Il pseudo-crup del signor Guersent non è il più sovente che una laringitide catarrale acuta dei fanciulli. Gli accessi di suffocazione sono la conseguenza dello spasmo che s'impadronisce dei muscoli del laringe. La ristrettezza della glottide nei fanciulli spiega il perchè l'infiammazione la più leggiera della mucosa laringea può esser seguita dei sintomi del crup senza che vi sia crup, propriamente detto. Talune riflessioni sul falso crup non saranno quì fuor di luogo.

È certo che la voce e la tosse possono essere crupali, senza che esista crup propriamente detto, val a dire presenza di pseudo-membrana nelle vie aeree; e ne sia prova che questa voce e tosse crupali si dissipano spontaneamente, o per l'effetto dei mezzi i più semplici, mentre che i veri crup resistono così spesso al trattamento il più energico e il meglio diretto. In opposizione ad Albers il quale dice d'aver osservato nove volte il crup nello stesso individuo, noi vediamo il signor Guersent, la di cui autorità è così imponente in tal materia, assicurare di non aver mai veduto

il vero crup due volte presso lo stesso fanciullo. Non può certamente negarsi che taluni pratici abusino in istrano modo del trattamento così eminentemente perturbatore adottato contro il crup: ma sino a che non ci si diano dei segni certi, coll'aiuto dei quali potessimo distinguere il vero dal falso crup io credo che sienvi minori inconvenienti a trattare troppo attivamente un certo numero di falsi crup che ad assonnarsi in una sicurtà funesta alla presenza d'un solo vero crup. Dirassi che l'invasione del crup è più violenta, il suo corso più rapido, più continuo; risponderò coll'osservazione d'un gran numero di casi, nei quali il crup comincia con un accesso crupale seguito d'una calma perfetta durante la quale il fanciullo si sollazza come nello stato il più florido di salute. A questa calma succede un novello accesso, seguito di nuova calma, e così più volte sino a che i sintomi divengono continui: in quanto alla presenza d'una pseudo-membrana nel dietròbocca, sulle amiddale, nel velo palatino, nei pilastri, che dassi come carattere patognomonico del crup, dirò che in un grandissimo numero di casi, nel maggior numero di quelli ch'io ho osservati, l'infiammazione pseudomembranosa era limitata al laringe, che l'istmo della gola e il dietròbocca eranvi affatto stranieri.

Anatomia patologica.— Non è raro di veder soccombere i fanciulli alla laringitide catarrale. In un certo numero di quelli che sono stati considerati come morti in conseguenza del crup, si è rinvenuto nel laringe e nella trachea una quantità più o meno considerevole di mucosità puriforme, e la membrana mucosa tinta d'uu rosso più o meno vivo. Allorchè la malattia aveva avuto una quache durata, la rossezza della mucosa vedevasi scomparsa. Non si hanno forse esempi che gli adulti siano succombuti alla laringitide acuta, a meno che non sia questa divenuta crupale o che l'infiammazione non siasi propagata al tessuto cellulare sotto-mucoso.

Un adulto affetto d'angina laringea lieve, essendo succombuto ad una pneumonite, presentò una rossezza vivissima della mucosa del laringe con infiltramento leggiero delle ripiegature mucose ariteno-epiglottiche. Un giovane di diciotto anni, affetto di rosolia, presentò, nel corso dell'eruzione, dell'afonia, della difficoltà nella respirazione, un dolore al laringe, una tosse rauca e convulsiva, una deglutizione difficile. Sopravvennero dei sintomi cerebrali che il tolsero di vita l'ottavo giorno dall'invasione della laringitide; all'apertura, trovai la mucosa laringea rossa e ingrossata; il bordo

superiore dell'epiglottide arrovesciato come se fosse stato tagliato d'una maniera irregolare con uno stromento tagliente; l'infiammazione della mucosa erasi propagata al tessuto cellulare sotto-mucoso; la base della cartilagine aritenoide era allo scoverto nel fondo d'una piccola perdita di sostanza.

L'etiologia della laringitide è la stessa di quella di tutte le angine; ma talune cause agiscono direttamente sopra il laringe; vanno in questo numero l'inspirazione di vapori irritanti, una corsa fatta contro il vento, l'impressione del freddo sulla regione cervicale mentre che il corpo è in sudore, degli sforzi di voce o l'azione di parlare all'aria aperta, il vento contrario; l'infiammazione delle parti vicine, del faringe, dell'amiddale, del velo palatino. Importa a questo proposito osservare che la laringitide si dichiara il più spesso indipendentemente da ogni faringitide e amiddalitide, del pari che la faringitide, e l'amiddalitide han luogo indipendentemente dalla laringitide. Finalmente, non devo ometter qui, tra le cause della laringitide, quelle costituzioni atmosferiche sconosciute nella loro essenza, manifeste solamente per li loro effetti, che imprimono a tutte le malattie della stagione un carattere particolare, al punto di simulare il contagio ch'io non ammetto per nessuna forma di laringitide.

Trattamento.—Il trattamento è essenzialmente antiflogistico: un salasso dal braccio ad un adulto; delle sanguisughe attorno del laringe ai fanciulli; un vomitivo, un emeto-catartico, se la gravezza della malattia richieda un trattamento derivativo e perturbatore, un sacchetto di ceneri calde, dei pezzi di pellicce attorno del collo; non mai calor umido all'esterno; il silenzio, delle bevande, dei gargarismi addolcenti; la respirazione d'un'aria resa umida e calda col vapor d'acqua e mantenuta ad una temperatura uniforme, la respirazione di vapori emollienti ricevuti sopra tutta la faccia, affinchè penetrino ad un tempo per le narici e per la bocca; dei purgativi adibiti come derivativi; ecco i mezzi i più idonei a rimediare a questa infiammazione: qualchevolta ho avuto motivo di lodarmi d'un senapismo attorno del collo. Può succedere che le mucosità puriformi contenute nel laringe sieno talmente abbondanti da ostruire le vie aeree e minacciare la suffocazione; sotto questo rapporto, il fatto seguente merita d'essere registrato.

Fui chiamato presso d'una giovinetta di nove anni, gracile e pituitosa, la quale sembrommi all'ultimo periodo del crup: respirazione poco frequente ed esercitata con isforzo;

sibilo acuto durante l'inspirazione e l'espirazione; tumefazione considerevole del collo nell'espirazione; polso ineguale ma poco frequente; voce estinta; la tosse era cessata da molte ore, abbenchè si sentisse che le vie aeree erano ripiene di mocciosità; l'ammalata tossiva da otto a nove giorni, ma da tre giorni solamente aveva ella presentato i sintomi del crup, che scomparivano ad intervalli. Pensava io già all'operazione della tracheotomia; ma persuaso che le vie aeree erano ostruite da mocciosità, introdussi sino all'ingresso della gola la barba d'una piuma: angosce, sforzi impotenti di tosse, ma soffocata ed incompleta; dopo un momento di riposo, ripetei l'introduzione della piuma, che produsse un'angoscia anche maggiore della prima volta; finalmente la tosse potè stabilirsi e fece espellere una massa di mocciosità purulente, in mezzo alla quale riconobbi una mocciosità concreta simile al muco diseccato che così spesso rinviensi nelle fosse nasali: appena ebbe luogo la espulsione di questa massa muccosa che la piccola inferma cominciò a sorridere dicendo ch'era già guarita; la faccia ripigliò il suo colorito; la rochezza della voce persistette ancora per alquanti giorni, e la guarigione fu compiuta alla fine d'un mese.

Seconda varietà.—Laringitide pseudo-membranosa o crupale. In alcuni casi, l'infiammazione della mucosa ha per risultato la secrezione d'una falsa membrana, più o meno aderente al laringe; ecco ciò che costituisce il crup nel quale non potrebbesi ammettere più di specificità che nella formazione della cotenna pseudo-membranosa sopra un vescicatorio, per l'effetto d'una pomata epispastica troppo irritante. È più che probabile che tra l'infiammazione pseudo-membranosa e l'infiammazione ordinaria, non havvi altra differenza che nel grado d'infiammazione, e niente affatto nella natura della malattia. In quanto all'assenza di colorazione della mucosa invocata da coloro i quali rigettano la natura infiammatoria, tale mancanza di colorazione non istabilisce l'assenza dell'infiammazione mucosa più che la mancanza di colorazione della pleura non istabilisce l'assenza dell'infiammazione in questa membrana.

Allato della laringitide crupale, potremo noi collocare quella che risulta dall'estensione del mughetto nelle vie aeree; ho io avuto occasione d'osservare questo caso il quale è d'un'estrema gravezza.

Seconda specie.—Laringitide cronica, suddivisa in laringitide propriamente detta e in laringitide ulcerosa o tisi la-

ringea. La laringitide cronica può essere consecutiva ad una laringitide acuta. Più spesso si manifesta allo stato cronico in conseguenza di fatica estrema e lungamente continuata dell'organo della voce, e si rende perpetua per l'esercizio reiterato di questo organo. In un certo numero di casi, essa è primitiva e sembra del tutto indipendente dalla tisi polmonare, la quale non si sviluppa che lungamente dopo, tisi laringea primitiva; altre volte, è consecutiva ad un'affezione polmonare, tisi laringea consecutiva. Altre volte finalmente, la sua comparsa pare coincidere con quella della tisi della quale è un sintomo, e costituisce la tisi laringea sintomatica.

La tisi laringea ha dato luogo alle due seguenti grandi quistioni: 1. la tisi laringea è altra cosa che una laringitide cronica? ovvero, al contrario, la laringitide è la causa occasionale dello sviluppo della tisi laringea, la quale non possa stabilirsi senza una predisposizione particolare? Havi in una parola, tra la laringitide cronica e la tisi laringea, la stessa differenza che tra la pneumonitide cronica e la tisi polmonare? 2. La tisi laringea può esistere da se medesima, indipendentemente da ogni affezione polmonare, ovvero è sempre sintomatica di tubercoli polmonari, o consecutiva allo sviluppo di questi tubercoli?

Queste due quistioni non pajonmi risolute d'una maniera positiva nello stato attuale della scienza. Le riflessioni seguenti potranno gettar qualche luce sulla loro soluzione.

Ogni laringitide cronica trascurata o maltrattata può divenire ulcerosa; ho io veduto gl'individui i più vigorosi, e i meno predisposti soccombere vittime di questa malattia. Dobbiam dire però che, nelle persone disposte ai tubercoli polmonari, la malattia corre con maggiore rapidità. Le laringitidi follicolose, val a dire le laringitidi che attaccano più particolarmente i follicoli devono passare colla massima facilità allo stato ulceroso: lo stesso avviene delle laringitidi aftose ed ulcerose. In un individuo morto di non so qual malattia, numerosissime ulcerazioni aftose, superficiali, occupavano la faccia posteriore dell'epiglottide, l'interno del laringe e della trachea. La mucosa che riveste le corde vocali era stata risparmiata, ma non già quella che tappezza i ventricoli, a motivo, al certo, dei follicoli che trovansi costantemente nelle cavità. L'andamento d'un gran numero di laringitidi croniche mi ha mostrato una diminuzione notabile nei sintomi, ottenuta a quando a quando per l'effetto d'una medicazione conveniente, delle ricadute in con-

seguenza d'imprudenze, in guisa che la tisi laringea è stata manifestamente l'ultimo termine della laringitide cronica aggravata da molte ricrudescenze.

La tisi laringea può esistere da se stessa indipendentemente da ogni affezione polmonare; la prova è che si riesce a guarirne un certo numero. I sintomi dal lato de' polmoni non si manifestano, qualchevolta, che un anno o due dopo l'invasione della tisi laringea; e in molti casi, all'autossia, ho trovato, in tisi laringee avanzatissime, dei tubercoli polmonari detti allo stato di crudità, i quali non aveano in nulla potuto influire sul corso della malattia. La tisi laringea non è affatto ereditaria siccome è l'affezione tubercolosa del polmone; finalmente la tisi laringea sifilitica basterebbe da se sola onde stabilire che il laringe può essere affetto indipendentemente dai polmoni.

Sintomi e andamento della malattia.—La laringitide cronica si manifesta coi sintomi seguenti: voce velata o afonia; senso d'impaccio al laringe; tosse laringea secca o con espettorazione di mocciosità faringee, tra le quali si rinvengono, quasi sempre, delle piccole concrezioni provenienti dall'amiddala; molestia estrema, dolore al laringe in seguito dell'articolazione dei suoni. Questo stato può persistere lungamente senza essere accompagnato da sintomi generali. Il maggior numero degl'infermi, annojati delle minute attenzioni che questa affezione richiede, avendo d'altronde la coscienza d'un benessere generale, trascurano il trattamento, e sperimentano delle frequenti ricrudescenze in seguito delle quali cadono in uno stato quasi disperato.

Questo stato deve essere diligentemente distinto dall'afonia semplice, la quale può succedere ad una laringitide acuta, od anche ad una laringitide cronica, e può egualmente essere primitiva; dall'afonia alcoolica; dall'afonia nervosa, intermittente o continua; dall' afonia per compressione esterna, ma che non è accompagnata d'alcun altro sintomo morboso e si concilia collo stato il più soddisfacente di salute.

La laringitide ulcerosa, o tisi laringea può sopravvenire immediatamente e, per così dire, di lancio; il più sovente è la conseguenza d'una laringitide cronica, ed è accompagnata da sintomi locali che dinotano un' affezione locale gravissima, e da sintomi generali che dinotano la tisi polmonare. I sintomi locali sono: una tosse secca con alterazione del tuono della voce, tosse allo spesso convulsiva, dolorosa, accompagnata da sforzi di vomiti, coi quali vien resa

una materia puriforme, ed anche purulenta; questa tosse ritorna sopratutto nel corso della notte: qualchevolta l'infermo è risvegliato da accessi di soffocazione. L'alito è fetido; la deglutizione dei liquidi ed anche dei solidi diviene talvolta impossibile, e sì gli uni che gli altri penetrano nel laringe: ho io assistito un infelice il quale non poteva nutrirsi che di panicce, e ciò non senza le più grandi precauzioni. Si son anche veduti taluni individui che, per nudrirli per qualche tempo, si ha dovuto ricorrere all'uso della sonda esofagea.

I sintomi generali sono la febbre ettica, l'edema dell'estremità inferiori, i sudori notturni, la diarrea colliquativa, e tutti i sintomi della tisichezza polmonare.

Il termine è il più sovente colla morte, la quale può essere accelerata dall'infiammazione acuta del tessuto cellulare sotto-mucoso, laringitide edematosa; un gran numero di questi ammalati muojono allorchè meno si aspetta. Ma se questo termine funesto è quasi inevitabile nel periodo inoltrato della laringitide cronica, non avviene così allorquando la malattia è attaccata nel suo principio. È anche raro che la tisi non sia la conseguenza di reiterati ricadimenti dovuti alla negligenza usata nel trattamento.

Anatomia patologica.—Svariate alterazioni rinvengonsi all'apertura dei cadavere. Ora delle piccole ulcerazioni od erosioni disseminate, il di cui fondo è denso, occupano qualchevolta tutta la cavità del laringe, la parte superiore della trachea, la mucosa che riveste la faccia posteriore del laringe, la faccia anteriore dell'epiglottide e i pilastri del velo palatino; ed inoltre, tutta la superficie ulcerata è ricoperta di caruncole.

Alle volte, invece di piccole ulcerazioni, vedesi una sola ulcera considerevole occupare i ventricoli, ovvero una delle due corde vocali, od ambedue ad un tempo: l'ulcerazione sembra qualchevolta consecutiva ad un ascesso sotto-mucoso, in mezzo a cui si osservano le cartilagini denudate, ulcerate, erose, distrutte; in un caso la cartilagine cricoide era stata erosa ne' suoi strati i più profondi. Lo strato superficiale solo era stato rispettato; le cartilagini aritenoidi erano in parte scomparse, non rimanendo di una di esse che la sommità. La mucosa era come cancrenata; la metà posteriore delle corde vocali distrutta: si capisce perciò come le cartilagini o porzioni di cartilagine del laringe han potuto essere rigettate coll'espettorazione. Hunter mostrava nei suoi

corsi una parte di cartilagine cricoide ch'era stata espettorata da un uomo sospetto di tisi e che guarì perfettamente dopo questa espulsione.

Il polmone si presenta sotto diversi stati. Ora la tisi polmonare è avanzatissima, ora al contrario, trovansi dei tubercoli crudi o delle granulazioni miliari in mezzo al tessuto polmonare perfettamente sano.

Diagnosi differenziale. — La tisi tracheale, così ben descritta dal signor Cayol, non potrebbe venir confusa colla tisi laringea. L'assenza del dolore nella deglutizione e soprattutto l'assenza di lesione nel tuono della voce e della tosse sembranmi caratterizzarla meglio che il sibilo della respirazione, l'abbondanza e la natura purulenta degli sputi, sintomi sui quali si appoggia molto l'osservatore distinto che vengo di citare.

Riguardo io come importantissima l'esplorazione dell'istmo della gola e sopratutto dell'epiglottide per l'esatta diagnosi della tisi laringea.

La diagnosi differenziale della tisi laringea si trae ancora dalla valutazione dello stato dei polmoni. Or, nel maggior numero di casi, i sintomi polmonari coincidono coi sintomi laringei, ed allora ora han preceduto i sintomi provenienti dai polmoni, ora quelli del laringe, ora finalmente, gli uni e gli altri han sembrato nascere e progredire simultaneamente. Ciò che rende più oscura la questione della preesistenza o della coincidenza in questo caso, è l'incertezza che regna sulla tisi polmonare tubercolosa nei suoi primi periodi, e l'impotenza dell'ascoltazione e della percussione per tutto il tempo che non esistono focolari tubercolosi.

L'esplorazione diretta dell'epiglottide, dei pilastri, del velo palatino e della base della lingua, mediante la vista, e al bisogno l'esplorazione dell'orificio superiore del laringe col dito, possono servire a compiere la diagnosi.

Trattamento. — La tisi laringea sifilitica cede maravigliosamente al trattamento anti-venereo. Ho io veduti taluni individui ridotti all'ultimo grado di marasmo con febbre ettica, sudori notturni, e sui quali non sospettavasi la causa venerea, esser sottratti alla tomba dal mercurio; mentre in altri casi in cui una causa sifilitica antica era bene avverata, il mercurio aggravare tutti gli accidenti, e colla latisana di Feltz ottenersi una rapida cicatrizzazione.

In un individuo da lungo tempo guarito d'una tisi laringea sifilitica la quale non aveva lasciato altro vestigio che una

afonia assoluta, ho rinvenuto l'epiglottide in parte distrutta, siffattamente che non poteva in alcun modo otturare l'orificio superiore del laringe, e non pertanto senza ch' egli avesse sperimentato difficoltà nella deglutizione. La mucosa della base della lingua era stata distrutta e rimpiazzata da una membrana fibrosa levigatissima; il piccolo legamento glosso-epiglottico mediano formava una briglia densissima distaccata dalla lingua. Il ventricolo destro era scomparso; le due corde vocali dello stesso lato erano confuse.

Il trattamento della laringitide cronica non ulcerosa, del pari che quello della laringitide cronica ulcerosa o tisi laringea non è ancora stabilito in un modo positivo; mi basterà dunque per ora d'accennar qui le principali indicazioni e i mezzi di metterle in pratica.

1. Il riposo dell' organo affetto si otterrà col silenzio il più assoluto. È spiacevole che, per lo stesso scopo, non si possa sopprimere la tosse siccome la voce; si esorterà l'infermo a resistere, per quanto è possibile, al bisogno di tossire. Esprimerà egli i suoi bisogni e i suoi pensieri per mezzo dei gesti o della scrittura.

2. Il *regime* sarà *addolcente*, composto di latte, di brodi gelatinosi, di fecule. Se la deglutizione fosse dolorosa, si renderà meno penosa dando allo infermo alimenti che abbiano la consistenza di farinata. Negli ultimi periodi della malattia si è veduta la deglutizione quasi impossibile, tanto per la distruzione più o meno intera dell' epiglottide, che per il difetto di giuoco negli organi della deglutizione: l'uso delle sonde esofagee, onde far giungere le bevande nello stomaco a traverso il faringe e l'esofago, è divenuto necessario in un certo numero di casi

3. Piccoli salassi generali, dei salassi locali sui lati e al livello del laringe, delle ventose scarificate alla nuca e sui lati del collo soddisferanno al doppio scopo antiflogistico e derivativo.

4. Si ricorrerà inoltre ai vescicatorj volanti reiterati, applicandoli successivamente sui lati del laringe, a piccolissime moxa, ovvero a piccoli cauterii sui lati del laringe, al setone alla nuca, a un vescicatorio collocato in ciascun lato del collo.

5. Non si è ottenuto tutto il vantaggio che poteva trarsi dalla possibilità di arrivare alla sede del male mediante le fumigazioni; intanto si è molto vantata l'inspirazione dei vapori di catrame e dei vapori eterei. Io feci un tempo costruire una specie

di maschera simile a quella di cui si fa uso per armeggiare; questa maschera può servire e per la tisi laringea e per la tisi polmonare. Lo scopo ch'io mi proposi è 1. di stacciare l'aria e di prevenire l'introduzione nelle vie aeree dei corpuscoli che vi svolazzano e che posson divenir cause d'irritazione; 2. di mantener l'aria inspirata ad una temperatura uniforme, e prevenire in conseguenza gli effetti tanto funesti delle vicende atmosferiche. Questa temperatura sarà sempre elevata, in guisa che con questo mezzo si supplisce forse con vantaggio, evitando i bruschi passaggi atmosferici, all'abitazione d'un clima caldo. In questa maschera, ricoperta d'una tela cruda, vi sarà un'apertura a livello della bocca, nella quale apertura si adatterà un tubo destinato a condurre dei vapori appropriati allo stato dell'infermo; nell'interno della maschera trovasi una piccola loggia dove si potranno mettere diverse sostanze, il balsamo peruviano liquido, del cotone imbevuto di diverse essenze, delle soluzioni di solfuro di soda.

6. Si possono direttamente portar nel laringe talune sostanze medicamentose onde ottenere la cicatrizzazione dell' ulcere laringee. I tentativi arditi del signor Trousseau il quale, in alcuni casi d'afonia, ha cauterizzato il laringe per mezzo d'una spugna imbevuta di soluzione di nitrato d'argento, parrebbero dover condurre all'uso dello stesso mezzo nella tisi. Io non oserei nè consigliarlo nè adibirlo; dappoichè, sotto l'influenza d'un tal rimedio, può una laringitide pseudo-membranosa o sotto-mucosa svilupparsi sì rapidamente e divenir sì prontamente funesta che la gravezza del caso non mi sembra giustificare cosiffatta pratica.

7. Un altro mezzo chirurgico è stato proposto; e consisterebbe a dividere il laringe in avanti sulla linea mediana, a portar le sostanze medicamentose direttamente sui punti affetti, e a cauterizzare le cartilagini cariate. Questa operazione, per quanto io sappia, non è stata sin ora praticata ed è rimasta a un semplice progetto.

8. Finalmente la laringotomia è allo spesso indicata onde prevenire la soffocazione imminente, a causa o dello spasmo, o dell'infiltrazione del tessuto cellulare sotto-mucoso, o dell'ispessimento della mucosa, od in fine di alcuni frammenti di cartilagine che sarebbersi distaccati.

Laringitide sotto-mucosa. — L'infiammazione, invece d'invadere, o la superficie libera, o il tessuto stesso della membrana mucosa, può affettare il tessuto cellulare sottostante; allora i prodotti dell'infiammazione non venendo evacuati al

di fuori, ma deposti tra le maglie di questo tessuto , possono determinare fenomeni di soffocazione non meno gravi, non meno prontamente funesti che il crup il più acuto. Or, la laringitide sotto-mucosa può affettare, 1. la regione sopraglottica, 2. la regione sotto-glottica del laringe: quindi due varietà ben distinte che arrecano differenze marcatissime e nei sintomi ed anche nel trattamento.

Prima specie.—Laringitide sopra-glottica.—La laringitide sopra-glottica è stata segnalata e perfettamente descritta nel 1808 da Bayle sotto il titolo *d'edema della glottide*, locuzione viziosa, dappoichè la glottide propriamente detta, val a dire la fenditura triangolare che separa le corde vocali destre dalle corde vocali manche, non è la sede essenziale di questa malattia, ma sibbene le ripiegature mucose che dall'epiglottide vanno alle cartilagini aritenoidi. Secondo Bayle, questa malattia altra cosa non è che l'infiltramento seroso della membrana che tappezza il laringe, definizione che non può applicarsi se non che al primo periodo della laringitide sotto-mucosa. Ed in vero, se l'ammalato resiste ai primi accidenti, alla serosità succede il pus , e più tardi si formano dell'escare; sarebbe d'uopo dunque ammettere come malattie distinte altrettante specie quanti gradi vi sono nella malattia, cioè: una laringitide edematosa, una laringitide purulenta, una laringitide con escare o cancrenosa.

La laringitide sopra-glottica può essere *primitiva o consecutiva;* e può essere in entrambi i casi *acuta o cronica.* La consecutiva si osserva spessissimo nella tisi laringea e nell'angina faringea o tonsillare. La laringitide sopra-glottica cronica succede qualchevolta all' ulcere sifilitiche del dietrobocca ed a quelle ben anco del laringe; in tutti i casi, si annunzia coi sintomi seguenti.

Caratteri generali.—1. Rochezza della voce che cessa gradatamente e diviene acuta, sibilante, crupale; 2. senso d'impaccio, di dolore, di costrignimento, di strozzatura , della presenza d'un corpo straniero voluminoso, alla parte superiore del laringe; 3. respirazione impacciata, dolorosa e sonora durante l'inspirazione, libera e facile nell'espirazione; 4. tosse roca, sibilante, convulsiva; 5. accessi di soffocazione più o meno frequenti e così intensi, che l'infermo salta fuor del letto come per isfuggire ad un'asfissia imminente. Durante l'accesso la faccia si scompone con una incredibile rapidità, diviene pallida o violetta; lo spavento è in essa dipinto. Tutte le potenze inspiratrici son poste in gioco per introdurre l'aria nel pol-

mone; l'infermo prende per istinto l'attitudine la più favorevole alla respirazione ; ei si resta a sedere nel letto, rovescia la testa in dietro e si astiene dal più leggiero movimento. Straniero a tutto ciò che avviene attorno a lui, non vuole altro che aria; ogni dimanda l'importuna ; le sue risposte sono brevi o le niega. L'inspirazione è all'estremo difficile, affannata, più o meno analoga a quella del crup e fa contrasto colla facilità dei movimenti d'espirazione. Sudor freddo vischioso; polso piccolo, stretto, frequente. L'ammalato può soccombere nell'accesso, che dura da due a cinque minuti. Dopo alcuni istanti, la respirazione ritorna siccome era prima, qualche volta più libera, altrevolte più impacciata. L'infermo parla del pericolo da lui corso , ed afferma che non reggerà ad un somigliante accesso ; quasi sempre, in fatti, muore asfittico in un accesso. D'altra parte, nessun movimento febbrile, il polso non s'altera che nei momenti di soffocazione. La deglutizione è sempre più o meno impedita, più o meno dolorosa, e qualchevolta anche impossibile; le bevande rimontano per le fosse nasali.

Corso della malattia.—A questi caratteri, è impossibile di non ravvisare la laringitide sotto-mucosa ; ma tale è la gravezza di questa malattia, che fa d'uopo riconoscerla sin dai primi momenti della sua apparizione, onde poterla combattere e farla abortire immediatamente; atteso che pervenuta al suo massimo grado, è difficilissimo che termini in un modo favorevole. Or , vario è il corso di questa infermità : allo spesso comincia con un accesso di soffocazione sifattamente intenso che poche ore soltanto separano l'invasione dalla morte. Tal si fu certamente il caso di cui parla Boerhaave. Un uomo, mentre assisteva ad un festino, sentì la sua voce divenir acuta e sibilante ; i convitati credono che ciò sia per gioco. Disingannati, ma tardi, ebbero il rammarico di veder quest' infelice perir senza soccorsi. *Nihil non molitum*, dice Tulpio in un caso simile , *sed urgentior fuit necessitas et vehementior ab incluso spiritu strangulatio, quam ut juverint illum vel sanguis mature ex utroque brachio detractus, vel incisa ranula, vel cucurbitulae aliquae satis celeriter adhibitae.*

Per ordinario, havvi in questa malattia un primo periodo in cui i sintomi sono così poco intensi , che gli ammalati, e le persone dell'arte stesse non vi prestano alcuna attenzione: non vi si sperimenta che una leggiera molestia, un impaccio nel laringe, molestia ed impaccio, che producono

degli sforzi quasi sempre vani d'espettorazione; la voce è nel tempo stesso più o meno roca. Questo stato può durare più giorni; e ciò che rende l'illusione più inevitabile, si è il vedere spesso questi sintomi, effetto d'una laringitide leggiera, terminare o spontaneamente, o mercè il trattamento il più semplice. Il pericolo della malattia dipendendo, non dalla sua natura, ma dalla sua sede, si capisce che sin tanto che il gonfiamento il quale risulta dalla laringitide non impedisce meccanicamente il passaggio dell'aria, non deve manifestarsi alcun sintomo allarmante, neppure il più lieve movimento febbrile. Ma tostochè la tumefazione incomincia ad intercettare il passaggio dell'aria, la respirazione diviene sonora, sulle prime per pochi istanti, indi in un modo permanente; si manifestano gli accessi di soffocazione, che divengono d'ora in ora più vicini, e l'ammalato muore, o in uno di questi accessi, o nell'intervallo di essi. La durata media della malattia è da due a cinque giorni,

Diagnosi differenziale.—La presenza d'un corpo straniero nelle vie aeree e il crup, dan luogo a sintomi presso a poco simili alla laringitide sotto-mucosa; ma la presenza d'un corpo straniero si rilieva dalle circostanze precedenti; ed il crup presenta, nella respirazione, nella tosse e nella voce, un tal insieme di sintomi che difficile è il non ravvisarlo. Il crup appartiene alla prima infanzia, la laringitide sotto-mucosa all'età adulta; l'errore per altro sarebbe poco grave nelle sue conseguenze, attesochè i mezzi da opporre all'una e all'altra affezione sono gli stessi.

L'esplorazione del torace permetterà sempre di distinguere l'asma in cui havvi *dispnea bronchica* dalla laringitide dove la *dispnea* è *laringea*. Nel primo caso, l'aria attraversando con difficoltà i canali bronchici spasmodicamente ristretti, fa sentire varii suoni analoghi al tubar della tortorella; nel secondo caso, l'aria dilata appena la cellula polmonare, malgrado la contrazione energica di tutte le potenze inspiratrici. Si aggiunga a ciò l'esplorazione del laringe collo stetoscopo applicato sopra quest'organo e i caratteri della voce e della tosse, naturali nell'asma, alteratissime nella laringitide.

L'errore il più grave e nel tempo stesso il più facile è quello che farebbe riportare alla laringitide sotto-mucosa, gli effetti della compressione della trachea esercitata da un aneurisma dell'arco dell'aorta. Nulla rassomiglia meglio ad un accesso di soffocazione prodotto dalla laringitide che la *dis-*

pnea tracheale prodotta dalla compressione che l'aorta aneurismatica esercita sulla tranchea. Io fui sul punto di commettere questo errore, e tanto più facilmente che, nell'individuo sottoposto alla mia osservazione, eravi nel tempo stesso rochezza della voce. Vidi altra volta un chirurgo distinto ricusarsi a praticare l'operazione della laringotomia in un caso di soffocazione che supponevasi prodotta dalla laringitide sotto-mucosa, fondandosi sull'incertezza che la causa della dispnea fosse nel laringe. Ed in vero, perito l'infermo. trovossi un aneurisma dell'arco aortico che aveva compresso la parte inferiore della trachea. Il corso della malattia, le circostanze commemorative, la durata più considerevole della soffocazione nell'aneurisma, la mancanza assoluta di sintomi da parte del cuore e dei grossi vasi, basteranno per un osservatore attento a togliere ogni sorta di dubbio.

Anatomia patologica.—Tutti i sintomi della laringitide sotto-mucosa sono, come nel crup, la conseguenza necessaria dell'ostacolo che la tumefazione delle parti infiammate oppone all'ingresso dell'aria nel laringe. Lo studio dell'alterazioni cadaveriche terminerà il quadro della malattia o piuttosto ne porgerà la spiegazione naturalissima.

Le ripiegature mucose epiglotto-aritenoidi che formano le parti laterali della regione sopra-glottica del laringe, si presentano sotto la forma di due rigonfiamenti voluminosi contigui l'uno all'altro, che ostruiscono più o meno, ma giammai totalmente, il laringe. Il più spesso la malattia affetta del pari queste due ripiegature; in alcuni casi, le affetta inegualmente e può ben anche limitarsi all'una di esse. Il volume considerevole che questi rigonfiamenti acquistano spiegasi facilmente avuto riguardo e alla grande quantità di tessuto cellulare interposto alle due lamine mucose e alla natura di questo tessuto ch'è essenzialmente seroso. Il più delle volte la base della lingua, il velo palatino, i suoi pilastri e il faringe partecipano più o meno gravemente alla lesione la quale, nel maggior numero dei casi, è circoscritta alle ripiegature mucose epiglotto-aritenoidi, ai dintorni dell'epiglottide, alla corda vocale superiore e al tessuto cellulare sotto-mucoso che occupa la faccia posteriore della cartilagine cricoide.

Tal'è la sede della malattia. Le alterazioni varieranno secondo che l'infermo ha resistito più o meno lungamente.

Se la malattia è stata prontamente funesta, i rigonfiamenti epiglotto-aritenoidi son molli, tremolanti, semi traspa-

renti, e sono formati da una serosità limpida, infiltrata nel tessuto cellulare sotto-mucoso; la mucosa è scolorata senza nessuna traccia d'infiammazione: havvi edema in tutto il rigore dell'espressione.

Se la morte è sopravvenuta meno prontamente, il liquido infiltrato è sero-purulento; altrevolte è una serosità plastica, una pseudo-membrana infiltrata che potrebbesi spremere dal tessuto cellulare: la denominazione *d'angina laringea edematosa* può ben anco convenire a questa lesione.

Se l'infermo sia succombuto con una rapidità anche minore, invece di serosità o d'un liquido sero-purulento, trovasi del pus infiltrato: allora la malattia piglia il nome *d'angina laringea purulenta.*

Se meno rapidamente ancora, per esempio, allorchè l'infermo ha vissuto cinque o sei giorni, trovasi il pus raccolto in piccoli focolari in uno o più punti, le cartilagini aritenoidi prive del loro periostio: la membrana mucosa presenta dell'escare bianche, più o meno irregolari e circoscritte da un cerchio di vasi. La formazione di queste escare è consecutiva e risulta dallo scollamento che ha subito la mucosa in conseguenza dell'infiltramento del pus: havvi allora *laringitide cancrenosa.*

L'infiammazione non è mai limitata al tessuto cellulare sotto-mucoso, ma invade quasi sempre la totalità del tessuto cellulare del laringe. E però, trovansi i muscoli tiro-aritenoidi, aritenoidi, crico-aritenoidi laterali, infiltrati di serosità e di pus, qualche volta anche distrutti tra focolari purulenti; in alcuni casi, ho trovato le cartilagini aritenoidi interamente necrosate in mezzo a focolari purulenti e separate ben anco dai ligamenti che le univano alle cartilagini cricoidi.

I ganglj linfatici che sono situati lungo la vena giugulare interna sono allo spesso voluminosi, infiltrati di serosità, di sangue, di pus del color feccia di vino: questa alterazione è limitata ai ganglj situati a livello del laringe.

In altri casi, finalmente, i varii strati del tessuto cellulare che occupano la regione cervicale anteriore sono infiltrati o di serosità o di pus.

Del resto, la laringitide sotto-mucosa può essere accompagnata da un'infiammazione più o meno intensa del velo palatino, delle tonsille, del faringe, ed anche della trachea e dei bronchi: i polmoni mi sono sempre sembrati nello stato il più perfetto d'integrità.

Fisiologia patologica.—Da ciò che precede consegue che la malattia descritta da Bayle sotto il titolo d'edema della glottide, da altri, sotto quello d'angina laringea edematosa, consiste essenzialmente in una infiammazione del tessuto cellulare sotto-mucoso; che lo stato edematoso non è altra cosa che il primo grado della laringitide sotto-mucosa; che nulla havvi di speciale in questa malattia la di cui gravezza dipende unicamente dalle circostanze di località: un esempio porrà in tutta la sua luce questa verità. Suppongasi che una flussione erisipelatosa abbia luogo alla faccia; un edema sotto-cutaneo la precede e l'accompagna. Estendasi la flussione alle due palpebre; la poca densità del tessuto cellulare seroso di questi veli membranosi è cagione che si tumefacciano molto più che l'altre parti della faccia; l'una e l'altra palpebra formano allora un grosso cercine che s' interpone tra l'occhio e gli oggetti esterni, ed intercetta la visione. Ma se l'infiammazione estendesi dalla pelle al tessuto cellulare sotto stante, la serosità è bentosto rimpiazzata dal pus; parimente se l'infiammazione s' impadronisce delle ripiegature mucose che come due labbri laterali circondano l'apertura superiore del laringe, si poco fitto è il tessuto cellulare di queste ripiegature ch'esse si tumefaranno sotto la forma di due cercini ed intercetteranno il passaggio dell'aria. Del rimanente tutti i sintomi trovano una spiegazione facile nella lesione organica. Quì, come nel crup, gli accessi di soffocazione si spiegano per lo spasmo che s' impadronisce dei muscoli della glottide; l' intermittenza dei sintomi, per la cessazione dello spasmo; e la minore costrizione sopraggiunta al rinserramento meccanico prodotto dalla tumefazione dei cercini epiglotto-aritenoidi ha per risultato una dispnea estrema. La tosse, l'azione di parlare, un'emozione morale, bastano qualchevolta per provocare un accesso di soffocazione. La molestia e il dolore che cagiona la deglutizione si spiegano coi movimenti dell'epiglottide che non possono eseguirsi con libertà; del rimanente, si capisce che l'inspirazione debba essere laboriosa, mentre che l' espirazione è libera e facile, atteso che il voto che si opera nel torace nell'atto dell'inspirazione ha per risultato il ravvicinamento dei due cercini,che come un turacciolo si oppongono all'ingresso dell'aria, mentre che all'incontro l'aria espirata solleva cotesti cercini i quali si allontanano per aprire ad essa un libero passaggio. Tale circostanza, val a dire l'otturamento dell' apertura superiore del laringe, per l' atto dell' inspirazione, spiega il

perchè la morte per asfissia avviene assai prima che l'ostacolo sia abbastanza considerevole per intercettare interamente il passaggio dell'aria. Lo spasmo dei muscoli del laringe è per altro una conseguenza necessaria della difficoltà dell'introduzione dell'aria, e questo spasmo rende intero l'otturamento del laringe. Bayle suppone che la morte nell'angina laringea adematosa, sia spesso determinata dalla cessazione delle funzioni del polmone il di cui esercizio è stato siffattamente leso dallo stato spasmodico reiterato che quando anche l'aria vi entri con facilità, non può subirvi più i cangiamenti che questo organo fa ad essa sperimentare nella respirazione, in guisa che questa funzione vitale non si esercita più, abbenchè i movimenti di dilatazione e di contrazione persistano. Io non saprei adottare questa maniera di vedere. Ed in vero, se niun sintomo si osserva che dinoti la lesione delle funzioni dei polmoni negli intervalli degli accessi di soffocazione, val a dire in tutto il tempo che il passaggio dell'aria non è intercettato, deve conchiudersi che i polmoni funzionano perfettamente.

L'anatomia patologica ci somministra ancora due segni diagnostici importantissimi cioè: 1 quelli che ci porge l'ispezione diretta: 2 quelli che ci somministra l'esplorazione col dito.

1 L'ispezione diretta è troppo trascurata. Con essa ci limitiamo a verificare lo stato del velo palatino, dei pilastri, dell'amiddale, della porzione della gola, tutte le quali parti possono essere perfettamente intatte nella laringitide sotto-mucosa; ma la mucosa che riveste l'epiglottide, e sopratutto la ripiegatura mucosa che la circonda, partecipando sempre alla malattia, e l'epiglottide potendo sempre vedersi mercè un'esplorazione conveniente in una gran parte della sua altezza, questa laminetta mobile disvela col suo infiltramento, col suo pallore, colla sua rossezza, lo stato della regione sopraglottica del laringe.

2. L'esplorazione col dito è stata presentata dal signor Thuillier, oggi medico distinto a Limoges (tesi della facoltà di Parigi 1815) come il segno patognomonico di questa malattia. Ho io potuto assicurarmi con lui della possibilità d'ottenerla sopra una donna che fa il soggetto della sesta osservazione della sua tesi, e ch'era coricata nella sala Santa Giovanna dove io era allievo interno: ma in questa donna, la malattia era sub-acuta, i cercini eran densi, e l'ammalata prestavasi perfettamente all'esplorazione: in altri infermi

affetti di laringitide sotto mucosa cronica, ho potuto del pari riconoscere col dito le ripiegature indurite ed in grossate. Ma nei casi di laringitide sotto-mucosa acuta che ho avuto occasione di osservare, gl'infermi non tollerano questa esplorazione che rinnovella le loro angosce e provoca degli accessi di soffocazione: il dito dell'osservatore introdotto all'infretta potrà d' altronde difficilmente riconoscere lo stato dei cercini troppo molli che cedono sotto la sua azione.

Etiologia—Tutte le cause d'angina possono produrre la laringitide sotto-mucosa, senza che sia possibile di determinare perchè in tale circostanza si manifesta la laringitide, in un'altra la faringitide o l'amiddalitide. Essa è stata il più spesso osservata sopra individui indeboliti da malattie anteriori, nella convalescenza delle febbri gravi, circostanza che ha potuto far credere all'edema passivo, ma si è osservata del pari nei soggetti i più vigorosi. Devo dire però che un affievolimento anteriore dà a questa malattia una intensità maggiore ed una resistenza insolita. La laringitide sotto-mucosa può essere preceduta dalla faringitide, ed avremmo motivo di maravigliarci della rarità di tale estensione, avuto riguardo alla continuità della mucosa laringea e della mucosa faringea, se l'osservazione non ci ammaestrasse ogni giorno che le differenze di vitalità, stabiliscono tra gli organi dei limiti che le malattie oltrepassano di raro.

La tisi laringea è una delle cause le più frequenti della laringitide sotto-mucosa: questa laringitide consecutiva si appalesa per altro cogli stessi sintomi che la laringitide primitiva.

Terapeutica—La terapeutica di questa malattia è del tutto basata sui dati che ci somministra l' anatomia patologica. Da essa sappiamo in fatti 1 che la malattia conosciuta sotto il nome d'edema della glottide, angina laringea edematosa, è un'infiammazione; 2 che la parte tumefatta intercetta il passaggio dell'aria al punto da produrre l'asfissia. Da ciò consegue, ch'è d'uopo far abortire l' infiammazione sin dal primo momento; che se ciò non sia possibile, è necessario somministrare all' aria una via artificiale, nel tempo stesso che s'insisterà sul trattamento antiflogistico.

Per adempire alla prima indicazione, bisogna ricorrere al trattamento antiflogistico il più energico, non obliar mai che il successo del trattamento sta riposto interamente nella sua opportunitá; che quì come nel crup, questa opportunità consiste nella prontezza del suo uso, nella successione rapida

dei mezzi convenienti. Un largo salasso spinto sino alla sincope, immediatamente seguito da un vomitivo o da un emetocatartico, da clisteri purgativi; applicazione d'un gran numero di sanguisughe attorno della gola; nuovo salasso; nuovo vomitivo dopo alquante ore, senapismi all'estremità inferiori, senapismo a collana attorno al collo. L'infermo sarà visitato ogni ora, od ogni due ore. Ho io la certezza d'aver fatto abortire con questo trattamento eminentemente perturbatore molte laringitidi sotto-mucose: in uno di questi ammalati avevano avuto luogo due accessi di soffocazione.

Che se i sintomi persistano, o a cagione di una medicazione tardiva, o a causa dell'intensità della malattia, se gli accessi di soffocazione si facciano più vicini e divengano più allarmanti, non bisogna esitare ad aprire all'aria una via artificiale. Due mezzi si offrono a questo fine: 1 l'introduzione d'una sonda nelle vie aeree; 2 la laringotomia.

L'introduzione d una canula di gomma elastica nelle vie aeree, alla maniera di Desault, è stata consigliata a preferenza nella laringotomia; uno de' principali argomenti addotti in suo favore, è stato attinto dalla natura non infiammatoria della malattia, nella passività dello edema della glottide e nei buoni effetti della compressione esercitata sulla parte edematosa; ma una volta avverata la natura infiammatoria della malattia, è chiaro che questo mezzo deve essere rigettato.

Non è così della laringotomia, operazione che si riserba per l'ultima estremità, e che si corre rischio ogni giorno di non riuscire per essere praticata troppo tardi. Giunge in fatti, un'epoca, in questa malattia come in tutte quelle che addimandano la laringotomia, in cui il disordine delle funzioni è tale, che il ristabilimento delle vie aeree il quale avrebbe richiamato immediatamente alla vita alquante ore innanzi, non fa che prolungar la esistenza di poche ore, di pochi giorni. L'infermo, dopo un sollievo più o meno prolungato, cade nello stupore, dal quale non può esser tratto per nessun mezzo. Pare che ogni innervazione, ogni reazione siano state esaurite nella lotta che ha preceduto l'operazione. Devesi dunque adottare come una regola invariabile il precetto di ricorrere alla laringotomia, tutte le volte che gli accessi di soffocazione divengono considerevoli e frequenti. La laringotomia, limitata alla icisione della membrana crico-tiroidea e della parte inferiore della cartilagine tiroide non potrebbe per se stessa avere nessun pericolo.

L'idea di diminuire colla compressione esercitata per mezzo del dito il volume dei cercini epiglotto-aritenoidi, idea suggerita al signor Thuillier dalla dottrina dell'edema della glottide considerato come malattia passiva, non potrebbe applicarsi ad una malattia essenzialmente infiammatoria. Supponendo che si potesse momentaneamente dilatar, con questo mezzo, l'orifizio superiore del laringe, l'irritazione novella che ne sarebbe il risultato, determinerebbe ben tosto un accrescimento negli accidenti. Finalmente il signor Lisfranc ha proposto di praticar delle incisioni su questi cercini. Io dubito se questa operazione sia stata mai praticata.

Seconda specie.—Laringitide sotto-glottica.—Questa varietà di laringitide sulla quale ho io potuto raccogliere cinque osservazioni parmi meritare un posto nei nostri quadri nosologici. Ho io fondamento di credere che non sia essa molto più rara della laringitide sopra-glottica: basta, in generale, che si desti l'attenzione dei pratici sopra un punto di patologia perchè i fatti che vi hanno relazione, si moltiplichino in ragione della sua importanza. Io farò precedere le generalità di questa malattia, dall'esposizione succinta di alcuni fatti.

Prima osservazione.—Un giovine svizzero fu ricevuto alla casa reale di sanità nel servizio del signor Dumeril, per una pneumonitide. Convalescente appena, lagnossi d'un dolore vivissimo alla regione del laringe, con molestia nella respirazione, senza che l'esplorazione del dietro-bocca e delle regioni sopra e sotto-ioidee potesse far nulla discoprire. Ben tosto aumenta la difficoltà del respiro e vi si accompagna l'afonia: accessi di soffocazione durante i quali la respirazione, la voce e la tosse si fanno crupali: nell'intervallo degli accessi, la respirazione è più o meno libera: morte per asfissia in uno di questi accessi, il quindicesimo giorno dall'invasione dei sintomi laringei. *Apertura del cadavere.* Il laringe, esaminato nella sua faccia posteriore, presentava una prominenza al livello della cartilagine cricoide. Divise le parti molli a livello di questa prominenza, trovossi la cartilagine cricoide denudata nei due terzi in circa della sua circonferenza, libera in una guaina debolissima e piena di pus della cartilagine, guaina formata dalla mucosa ispessita. Era d'altronde come corrosa, perforata, ridotta in alcuni punti ad una lamina sottilissima. Niun vestigio più di perincondrio, le cartilagini aritenoidi circondate d'un tessuto cellulare e d'una mucosa alquanto inspesiti, non articolavansi più colla

cartilagine cricoide di cui non esistevano che gli avanzi, e potevano spostarsi in tutte le direzioni. I muscoli aritenoidi, crico-aritenoidi e tiro aritenoidi erano infiltrati. Questo ammalato aveva avuto un gozzo. Il corpo tiroide aveva il doppio del suo volume ordinario; taluni lobuli e talune granulazioni erano anche sviluppatissime.

Aveva io registrato questa osservazione sotto il titolo di *Necrosi della cartilagine cricoide*, e non sapeva rendermi sufficiente ragione della sua produzione, allorchè il fatto seguente presentossi alla mia osservazione nell'ospedale medesimo. Un giovine convalescente d'un'enteritide follicolosa acuta, è colpito a un tratto di raucedine nella voce senza difficoltà alcuna nella respirazione. Ei muore senza accesso di soffocazione e come per affogamento delle vie aeree, otto giorni dopo l'invasione dei sintomi: all'apertura, trovai un ascesso nella grossezza della ripiegatura mucosa destra, che forma l'orificio superiore del laringe; la cartilagine aritenoide spogliata del suo pericondrio, nuotava, per così dire, nel pus. Or, è chiaro che l'infiammazione del tessuto cellulare sotto-mucoso produsse lo scollamento del pericondrio, e che questo scollamento ebbe per conseguenza la morte della cartilagine. Il logorarsi rapido della cartilagine aritenoide, divenuto già corpo straniero per la sua denudazione compiuta, non deve arrecarci maraviglia più che il logorarsi delle cartilagini articolari nell'infiammazione delle sinoviali venute in suppurazione.

Seconda osservazione.—Un allievo degli ospedali riportommi un bel caso, ei diceva, di *perforazione dell'esofago*. Qual non fu la mia maraviglia nel rinvenir esattamente la necrosi della cartilagine cricoide, tal quale l'ho testè descritta, ma meno avanzata. Il pus avevasi aperto strada in dietro e a destra, ed aveva penetrato nell'esofago per un'apertura larghissima. Per tutta informazione, raccolsi che questo ammalato era succombuto ad uno stato di soffocazione analoga al crup.

Terza osservazione.—Io rinvenni per accidente questa stessa lesione in un'osservazione assai circonstanziata che il signor Bouillaud pubblicò nel *Giornale compl. delle scienze mediche* t. XIX, 1825, sotto il titolo d'*Asma mortale prodotto dalla disorganizzazione dei muscoli dilatatori della glottide.* Un certo Michele, d'anni 22, convalescente d'una febbre putrida, soffriva da un mese una raucedine considerevolissima, ed una tale oppressione che la soffocazione diveniva im-

minente al più piccolo sforzo. Tosse di raspa con violento dolore di gola. L'idomani, in sulla sera, accesso di soffocazione durante il quale le inspirazioni divennero profonde, prolungate e frequenti, accompagnate d'un sibilo particolare e d'un russor strepitoso, secco, soffocato, duro ed aspro come il suono d'una corda di basso; il polso era quasi insensibile. Questo stato calmossi un poco nel corso della notte. Il terzo giorno, ritorno della soffocazione; pareva all'infermo che qualche cosa lo strozzasse; ei respirava colla testa alta e il collo teso; il suo polso era sottile e filiforme. Ei strappa il vescicatorio ch'erasi applicato sul laringe. Il quarto giorno, nuovo accesso di soffocazione; morte per asfissia nella seguente notte. All'apertura: « Ascesso alla parte posteriore del laringe e sopra i suoi lati, il quale, votato del pus che conteneva, formava da ciascun lato una cavità capace di contener una nocciuola; la superficie esterna di ciascuna cavità era liscia e mucosa ai punti corrispondenti. La cartilagine cricoide era *denudata, e quasi dissecata*. Esaminando le parti colla massima attenzione, vedemmo che l'ascesso non limitavasi ai luoghi indicati, ma faceva in qualche guisa *il giro della cartilagine cricoide*. I muscoli crico-aritenoidi dissecati siccome questa cartilagine, avevano un colore verdiccio. I muscoli del pari che il tessuto cellulare sotto-mucoso e inter-muscolare, erano ispessiti e lardacei, e non potei scopirvi alcun vestigio di nervo. Il muscolo aritenoide e i suoi nervi erano, all'incontro, ben conservati, e sparpagliavansi nel muscolo tiro-aritenoide e nelle labbra della glottide. Le articolazioni delle cartilagini aritenoidi colle cricoidi erano interamente distrutte.

Il signor Bouillaud riguardò questa malattia come un *asma d'una nuova specie*, ed attribuì la morte alla *disorganizzazione compita dei muscoli dilatatori della glottide e dei loro nervi*, mentre che i suoi *muscoli costrittori godevano, in apparenza, di tutta la loro integrità*. Secondo questo ingegnoso osservatore, l'individuo trovavasi nello stesso caso di quegli animali ai quali siensi tagliati i nervi dell'ottavo pajo, al di sotto del nervo laringeo superiore. Ei doveva morire asfittico. È chiarissimo dietro ciò che precede, che l'infermo restò vittima d'una laringitide sotto-mucosa della regione sotto-glottica del laringe, e che il cercine circolare formato dalla mucosa sollevata fu la causa della soffocazione e della morte. Una quarta osservazione degna di tutta l'attenzione, communicata alla società ana-

tomica dal sig. Ripault, interno dell'Hôtel-Dieu, darà compimento a questo quadro.

Quarta osservazione.—Un certo Guy, d'anni 23, calzolaio, di buona costituzione, in seguito d'un *prurigo*, per il quale prese alcuni bagni, fu colpito d'una tosse frequente, seguita d'abbondantissima espettorazione. Questa tosse veniva con accessi violenti ed era accompagnata da sintomi di soffocazione, per lo che fu costretto ad entrare all'Hôtel-Dieu (servizio del dottor Bally). All'indomani, in uno di questi accessi di soffocazione, viene assalito da una tosse acuta sibilante, con decomposizione dei lineamenti della faccia. Ei salta precipitosamente fuori del letto; respirava colla testa alta, il collo disteso, e pare in uno stato d'imminente soffocazione. Dopo alquanti minuti, questi sintomi spaventevoli diminuiscono, ma non cessano interamente. Il signor Bally sospettando d'un edema della glottide, esplora, ma indarno, l'orificio superiore del laringe introducendo due dei suoi diti nella bocca. Salasso generale; emetico; derivativi sul canale intestinale; rivulsivi cutanei; niuno di questi mezzi riuscì ad attenuare la violenza degli accessi di soffocazione i quali si rinnovellarono per il corso di 4 giorni con una intensità spaventevole. Il 23 marzo, sesto giorno dell'entrata dell'infermo all'ospedale (gli accessi di soffocazione erano preceduti di due o tre giorni), scarificazione sulla base della lingua. Leggiero sollievo. Lo stesso giorno, temendosi imminente la soffocazione, il signor Breschet, chirurgo dell'Hôtel-Dieu, fu invitato a fare l'operazione della laringo-tomia, ciò ch'egli eseguì incidendo la membrana crico-tiroidea e la parte inferiore della cartilagine tiroide. Fu lasciata a permanenza una canula nell'apertura. Dopo l'operazione, la respirazione divenne più facile, ma il polso rimase piccolo e frequente. Lo scadimento delle forze crebbe nei giorni seguenti. Gli alimenti dolci che l'infermo domanda, crema di riso ed altri, non possono tragittare il faringe e l'esofago che con molta difficoltà. Il sesto giorno dell'operazione, dolore vivissimo alla parte laterale destra del torace; due giorni dopo, morte. *Apertura del cadavere.* Effusione pleuritica a destra. Ascesso ben circonscritto alla base e alla superficie del polmone destro. Separati con tutta la diligenza il laringe e l'esofago, trovossi la parete anteriore dell'esofago perforata. Una cartilagine, che fu presa sulle prime per uno dei corni inferiori della cartilagine tiroide, erasi impegnata nell'apertura; essa era una porzione

della cartilagine cricoide, la quale vedevasi denudata nella massima parte della sua circonferenza, con assottigliamento considerevole ed anche soluzione di continuità in un punto.

Considerazioni generali.—Dai fatti che precedono possiamo dedurre le proposizioni seguenti:

1. Il tessuto cellulare sotto-mucoso della regione sottoglottica del laringe può essere la sede d'un'infiammazione acuta.

2. Quest'infiammazione ha per risultato la necrosi della cartilagine cricoide, necrosi la quale, al pari che quella dell'altre cartilagini del laringe, è generalmente risguardata come l'effetto d'un'infiammazione cronica e più particolarmente della tisi laringea: il pus accumulato attorno della cartilagine, solleva la mucosa del laringe, la quale forma un cercine circolare, che restrignendo la cavità del laringe, produce tutti gli accidenti cui dan luogo le malattie che si oppongono al libero passaggio dell'aria.

3. Il pus può farsi strada nell'esofago, al pari che la porzione della cartilagine necrosata. Le osservazioni 2 e 4 provano questa possibilità. Si capisce allora che il pus e la cartilagine possono esser rigettati col vomito.

4. Il pus e la cartilagine possono farsi strada nel laringe; avverrebbe allora ciò che si è osservato in alcuni casi di malattia cronica del laringe. Ad esempi di tal genere appartengono forse quei fatti d'espulsione di anelli della trachea, di cartilagini ossifficate che Valsalva (*de Sed. et caus*, ec. Ep. xv, 13) sospetta venir dal laringe, fatti osservati presso taluni individui presupposti tisici e che si sono dopo questa espulsione perfettamente guariti. L'osservazione di Hunter rapportata da Cruthshank è chiaramente dello stesso genere (*Anat.* dei vasi assorbenti, pag. 277). Un individuo il quale aveva espettorato del pus e del sangue pel corso di molti mesi e che risguardavasi come tisico, fu guarito dopo d'aver cacciato un corpo solido che si riconobbe essere le base delle cartilagine cricoide ossificata.

5. I sintomi della laringitide sotto-glottide sono per altro quegli stessi della soffocazione per restrignimento del laringe, le sole differenze risultando dalla sede, atteso che il tessuto cellulare sotto-mucoso della regione sotto-glottica è meno lasco e per conseguenza meno suscettibile d'infiltramento che quello della regione sopra-glottica. L'andamento della malattia è dunque meno rapidamente funesto, e può presentarsi sotto la forma cronica, mentre che la laringitide

sopra-glottica è sempre interamente acuta. La sede della malattia spiega ancora e il luogo del dolore il quale occupa la parte inferiore del laringe, e la difficoltà nella deglutizione minore che nella laringitide sopra-glottica. D'altronde, una difficoltà costante nella respirazione, accessi di soffocazione la di cui causa risiede manifestamente nel laringe, assalti di tosse sibilante con decomposizione dei lineamenti, soffocazione imminente, la morte durante un accesso; ecco il quadro della laringitide sotto-glottica acuta.

Il *trattamento* del resto è lo stesso che quello della laringitide sopra-glottica; e nel caso d'insufficienza dei primi mezzi, devesi, come per quest' ultima, ricorrere alla laringotomia o piuttosto alla laringo-tracheotomia la quale consiste nella incisione della cartilagine cricoide e dei primi anelli della trachea.

Laringitide sotto-mucosa cronica.—L'osservazione seguente rimpiazzerà utilmente la descrizione generale ch' io potrei dare di questa forma di malattia. Una donna di quaranta anni soffriva un'estinzione di voce con respirazione sibilante che pareami riconoscere per causa una malattia venerea anticamente sofferta. Alcuni tumori gommosi con ulcerazione situati alla parte anteriore delle tibie non lasciavano verun dubbio sull'esistenza della malattia venerea. Il trattamento anti-sifilitico colle frizioni e i sudoriferi migliora lo stato dell'inferma; la voce ritorna, la respirazione divien libera; pel corso di otto mesi ella sembra guarita. Intanto formansi nuovi tumori, si manifestano novelle ulcerazioni, la voce si estingue di nuovo, la respirazione divien sibilante. Dal 20 agosto al 24 ottobre 1821, quest' ammalata presenta costantemente la voce, la tosse e la respirazione crupali; talvolta, accessi di soffocazione durante i quali l' inspirazione diviene penosa all'estremo, e talmente sibilante che quando la porta della sua camera era aperta, io udiva questa infelice dalla metà della scala, ad un appartamento inferiore. La voce e la tosse somigliavano a quelle del crup spinto al più alto grado; la faccia era pallida, color di cera; freddo, immobilità, sudore, polso piccolo, ineguale, esile: io credei venti volte ch'ella non reggerebbe agli accessi. I vomitivi, la gomma ammoniaca, le mignatte, i senapismi, i vescicatorii parevano aver qualche influenza sulla loro cessazione. Il 24 ottobre, ebbe un accesso che non pareva più forte dei precedenti, e non pertanto morì nella notte senza perdere la conoscenza. *Apertura del cadavere.* Con mia gran-

de sorpresa, l'ostacolo non esisteva nella regione sopra-glottica, ma sì nella regione sotto-glottica e al livello della glottide. La cavità della cartilagine cricoide era quasi interamente riempiuta d' un tessuto cellulare indurito, del tutto analogo al tessuto delle callosità; da una parte, questo tessuto indurito faceva corpo colla mucosa ulcerata in un punto, e aderiva dall' altra parte alla cartilagine. L' indurimento aveva invaso le corde vocali inferiori le quali più non distinguevansi. I ventricoli avevano egualmente subito l'indurimento con aumento di spessezza; la corda vocale superiore era intatta. Un forame per lo passaggio dell'aria, poco considerevole, esisteva nel centro delle callosità.

Cruveilhier

TRATTATO

DELLA

TISI LARINGEA

CAPITOLO I.

DEFINIZIONE ED ISTORIA

Definizione. La parola *tisi* significa consunzione; in guisa che ogni malattia cronica, accompagnata da febbre e da consunzione, ha ricevuto sin ora nella scienza il nome generale di *tisi*.

E però, una lesione cronica dei reni, accompagnata di suppurazione di quest'organo, da febbre ettica consecutiva e da marasmo, costituirà una *tisi*, abbenchè non vi siano tubercoli, collo stesso fondamento che la lesione cronica del polmone, accompagnata da suppurazione di questo organo, da febbre ettica consecutiva e da marasmo. La stessa cosa potrebbe dirsi di qualunque altra lesione, come i tumori bianchi suppuranti, il male vertebrale di Pott, i tumori cancerrosi ulcerati, ec. ec. ec.

Al termine generico *tisi*, che indica un insieme di fenomeni comuni a tutte le lesioni organiche suscettibili di cagionare la febbre ettica e il marasmo, l'uso ha voluto che si aggiungesse il nome specifico che permettesse di riferire ad una lesione locale l'origine di tutta la serie sintomatica; così che gli epiteti polmonare, dorsale, renale, mesenterica, non hanno altro valore patologico che di determinare la specie d'un genere comune.

La consunzione venendo prodotta più spesso dai tubercoli polmonari che da ogni altra lesione anatomica, si è finito coll'applicare la parola *tisi* alla presenza dei tubercoli nel polmone, anche prima che avessero gettato l'economia nel

marasmo, e la consunzione non è stata risguardata che come l'ultimo grado della *tisichezza*.

Un tale pervertimento del senso della parola *tisi* rincresce per la ragione che ha spesso introdotto la confusione nel linguaggio medico. Ed in vero, non è rimasta più che una sola voce per esprimere idee del tutto diverse; e questa voce ha significato a vicenda: presenza di tubercoli nel polmone, stato dell'infermo avente tubercoli nel polmone, ed anche, secondo alcuni autori, disposizione speciale dell'organismo a produrre dei tubercoli.

Il titolo del quesito che l'Accademia propose indica abbastanza che questo corpo scientifico porta relativamente a ciò un'opinione diversa dalla comune, e ch'ella intende conservare il nome di *tisi* ad altre malattie oltre quelle del polmone.

L'epiteto specifico che si aggiunge alla parola generica *tisi* implica necessariamente una esclusione; così, quando dicesi *tisichezza polmonare*, vuolsi significare che il polmone è stato in principio il punto di partenza *esclusivo* degli accidenti, e ch'ei rimane il principale focolare del male.

Se l'Accademia dunque ha usato quest'associazione di parole *tisi laringea*, ha ella inteso parlare d'una malattia cronica del laringe che dà, se non esclusivamente, almeno principalmente luogo alla febbre ettica ed alla consunzione.

Nel significato rigoroso e letterale della parola, devesi dunque intendere per *tisi laringea*, *una malattia cronica del laringe, che può per se stessa dar luogo alla consunzione.*

Ma se egli è indubitato, e noi lo dimostreremo nel corso di questa memoria, che la malattia del laringe può da se sola produrre alla lunga la consunzione e la morte, è vero altresì che questa maniera di terminazione è molto rara, e ciò a motivo della disposizione anatomica delle parti, in guisa che la morte ha luogo, il più spesso, diversamente che per la tisi; in altri termini, diversamente che per la febbre ettica e il marasmo, atteso che gli ammalati muojono soffocati pria di giungere all'ultimo grado della consunzione.

Or, se un uomo attaccato già di tubercoli polmonari e divorato dalla febbre di consunzione, venga colpito d'una pleuritide cronica, che lo conduca più rapidamente alla morte che non la malattia tubercolosa che l'ha occasionata, sarà pur tuttavia riguardato come succombente alla tisi polmonare;

per la stessa ragione, se un uomo attaccato d'una malattia cronica del laringe, venisse a perir soffocato per il gonfiamento crescente della membrana mucosa di quest'organo, dovrebbe del pari contarsi tra coloro i quali la *tisi laringea* ha fatto perire.

Da queste riflessioni deriva la necessità d'una definizione più estesa di quella che venghiamo di dare: noi adottiamo la seguente:

Per tisi laringea, si deve intendere qualunque alterazione cronica del laringe che può in qualunque siasi modo arrecare la consunzione o la morte.

Questa definizione, siccome si vede, attesta abbastanza che conservando alla nostra opera il titolo che le abbiamo dato, abbiamo ciò fatto in grazia d'un vecchio uso, e che sarebbe meglio convenuto trattar *delle malattie croniche del laringé*, indicando le circostanze rarissime nelle quali queste affezioni conducono alla consunzione.

Il pubblico medico ci perdonerà, lo speriamo almeno, di aver conservato una vecchia denominazione in grazia delle nuove ricerche colle quali abbiam tentato di gettar qualche luce sopra una questione sin oggi sì oscura.

Colpo d'occhio istorico. Poche cose ci han lasciato gli antichi sulle alterazioni che ci occupano; e che che n'abbian detto taluni autori moderni, pare che essi non ne avessero un'idea distinta.

In alcune pagine dei loro scritti, trovansi, egli è vero, delle storie di malattie che potrebbersi, in rigore, riferire all'ulcere del laringe e della trachea; ma queste istorie poco circostanziate, non danno, sull'origine, il corso, le terminazioni e il trattamento della tisi laringea, che nozioni imperfettissime, per non dire affatto nulle.

Ippocrate non dice assolutamente nulla che possa riferirsi alla tisi laringea.

Le più antiche osservazioni che noi possediamo sull'alterazioni del tubo aereo sono di Galeno (1), e quanto ei ne dice non serve anche che a far vedere quanto questo genere di lesione eragli imperfettamente conosciuto. Ei risguardavale di facilissima guarigione, e cita due osservazioni poco circostanziate, niun sintomo delle quali potrebbesi ravvicinare a quelli che d'accordo si risguardano oggi come ap-

(1) Meth. med. lib. V, cap. 2.

partenenti all'alterazione organica del laringe e della trachea arteria.

A torto dunque, secondo noi, gli autori antichi e moderni han rapportato ciò ch'egli ne dice, senza neppur l'apparenza d'una critica. Eccettuiamo da questo rimprovero la tesi stimabile del signor Cayol (1), il quale seppe calcolare, meglio di qualunque altro, il valore di tutte quelle citazioni senza scelta e senza gusto, che addimostrano piuttosto la pazienza dei loro autori che uno spirito illuminato e un ragionamento solido.

Aezio istesso, cotanto citato dagli autori moderni, ha quasi testualmente copiato ciò che Galeno aveva detto; e tutto sino agli *efelcidi* che furono rigettati dai due ammalati del medico di Pergamo, è risguardato da Aezio stesso, come caratteristico dell' ulcerazione del laringe o della trachea. Egli aggiunge d'aver guarito un gran numero d' infermi attaccati di questa affezione: *non paucos hoc modo affectos curavimus.*

Certamente che, svolgendo tutto ciò che gli antichi hanno scritto, si troveranno qua e là talune osservazioni più o meno imperfette d'alterazioni svariate del condotto aereo; ma nulla di tutto ciò potrebbe assomigliarsi affatto ad un' istoria di malattia.

Uop'è veramente giungere sino a Morgagni per rinvenire delle narrazioni abbastanza circonstanziate, e che non permettono più di dubitare che il loro autore non abbia veduto delle ulcerazioni dell'albero aereo. Pur tuttavia le osservazioni che rapporta Morgagni non sono già istorie della tisi laringea, ma dei materiali soltanto che han potuto servire di base alle monografie che sono state fatte di poi. Ed in vero, l'osservazione contenuta nella lettera 15, art. 13, e che noi riproduciamo testualmente sotto il n. 32, non dà alcun dettaglio sui sintomi che sperimentava l' inferma. Vi si dice soltanto ch' ella era asmatica da lungo tempo, che la sua voce era affievolita, e che dai medici era risguardata come tisica. *(Jam diu asthmatica, imminuta insuper voce, a medicis procul dubio ex pulmonibus laborare credebatur.)*

L'osservazione rapportata nella stessa lettera, articolo 15, è più compita relativamente ai fenomeni osservati durante la vita. Vi si dice come l' inferma respirava, qual era la natura dei suoi sputi, qual aspetto offriva la sua gola e quale

(1) Rechecches sur la phthisie tracheale. Paris 1810 in-4.

il luogo cui l'inferma riferiva il suo dolore; ma, nè nelle riflessioni che seguono questa osservazione, nè in quelle che si leggono dopo la prima, Morgagni non istabilisce l'esistenza della tisi laringea come affezione speciale, e capace di arrecare la morte altrimenti che colla soffocazione.

Nella lettera 22 (articolo 27), dà l'istoria circostanziata di una tisi tracheale ch'egli riuscì a guarire, abbenchè tutti i medici avessero giudicato l'infermo attaccato di tisichezza polmonare; e ne conchiude che molti pretesi tisici, dei quali si rapporta la guarigione, non fossero probabilmente che infermi attaccati di tisi tracheale.

Fa maraviglia che le riflessioni ch'ei fece sopra questa affezione non l'abbiano condotto a ravvicinar questo fatto a quello dell'ulcere del laringe di cui si ha fatto parola più alto, ed a conchiuderne la possibilità della consunzione in conseguenza delle ulcerazioni della parte superiore delle vie aeree, qualunque fosse il luogo che queste ulcerazioni occupassero. Borsieri (1), impadronendosi dell'ultima osservazione di Morgagni che abbiamo citata, dice positivamente che il laringe e la trachea possono divenire la sede d'ulcerazioni capaci di produrre la febbre etica e la morte. Egli è dunque realmente il primo che abbia parlato della tisi laringea nel vero senso che devesi dare a questa espressione. Nei paragrafi 57 e 63 del suo quarto volume d'*Institut. di med. prat.*, non si limita più a registrare dell'alterazioni organiche, ma fa veramente un quadro della malattia. Ecco ciò ch'ei dice al capo 3, § 55, 57.

Sunt etiam qui existiment ulcera laryngis atque asperae arteriae, quia pulmonibus non insident, a phthisi escludenda esse. Verum ab his, quoque corpus saepe deperit, et lenta febricula cietur, qua omnis altrix materies absumitur: plerumque enim pulmo una afficitur, vel brevi eadem labes ad eum propagatur. Quapropter hanc phthisin, nisi pulmonariam, trachealem certè appellandam esse, non inepte judicaverim(2).

Ma, nel render giustizia a Borsieri, non potremmo essere interamente dell'opinione di Giuseppe Franck, il quale non può, egli dice, astenersi dal ridere leggendo l'articolo *Tisi tracheale* del Dizionario delle Scienze Mediche, ove si attribuisce al signor Cayol l'onore d'aver dato, il primo, una buona monografia di questa ultima affezione.

(1) *Institutiones medicinae*. Berolini, 1826, tom. VI, § 57 e 62

(2) Noi rinviamo i nostri lettori al capitolo *Terminazioni*, nel quale discuteremo l'opinione di Borsieri.

Il travaglio del signor Cayol, è, senza contraddizione, di gran lunga superiore in confronto alle poche parole che Borsieri ha dette, per non doverlo, senza ingiustizia, riguardare siccome meritevole della maggior parte dell'onore che G. Franck ha accordato al solo Borsieri.

Borsieri, per altro, che che Franck ne dica, pare d'aver descritto l'ulcera del laringe e della trachea secondo una teoria preconcepita piuttosto che da pratico.

Ed in vero, qual medico, che abbia veduto delle tisi laringee, oserebbe dire, coll'autore delle instituzioni di medicina pratica, che non vi è oppressione, non difficoltà di respiro, *anche salendo le scale*, che il decubito è facile in tutte le posizioni, e che, seppure v'ha febbre, essa è debole ed appena percettibile? Qual medico ha osservato lo smagrimento delle mani, e delle dita *(« maxime manuum et digitorum extenuatio »)* e quel fetore peculiare degli sputi *(peculiari puris foetore »)* che Borsieri indica (loc. cit. § 62), come caratteri della tisi laringea? Nessuno che sappiamo, è lo stesso Franck, che li riguarda, dietro Borsieri, come appartenenti alla tisi laringea, confessa di non averli mai rincontrato.

Pria della tesi del signor Cayol, i dottori A. Sauvèe (1) e Laignelet (2) avevano nelle loro tesi trattato delle varie alterazioni che possono dar luogo alla tisi laringea, e, verso l'epoca stessa (1806), il signor Double aveva letto alla società di Medicina una memoria interessantissima sullo stesso soggetto. In essa, questo dotto patologo si sforza di provare e con buona ragione secondo noi, che la tisi laringea e la tisi tracheale, ch'eransi riguardate come due malattie distinte, non sono, realmente. che una sola e medesima malattia che attacca il canale aereo, ora un poco più alto, ora un poco più basso. Questa opinione, combattuta dal signor Cayol, sarà difesa da noi nel progresso di questo lavoro.

Il signor Papillon (3) e il signor Pravaz (4) hanno anche scelto per soggetto di loro tesi la malattia che ci occupa.

Quest'ultimo è meritevole veramente di riconoscenza per la cura colla quale ha raccolto varie istorie interessantissime di guarigione di tisi laringea. Noi n'abbiamo riprodotto testualmente molte, che si potranno leggere nel corso di

(1) *De la phthisie laryngée.* Paris, 1806, in 80.
(2) *Recherches sur la phthisie laringée.* Paris, 1806 in 40.
(3) *Du larynx et de la phthisie laringée.* Paris, 1812, in 4
(4) *De la phthisie laringée.* Paris, 1824, in 4.

questa memoria. Giuseppe Franck in fine ne ha dato una storia compitissima e bene circostanziata (1).

Si avverte però che noi abbiamo inteso parlare soltanto degli autori che hanno scritto delle monografie, giudicando essere cosa troppo lunga e soprattutto inutilissima, di dar la lista di tutti coloro che han potuto conservare alla scienza alcuni fatti isolati, de' quali avremo per altro occasione di parlare in progresso di queste Memorie.

Non possiamo astenerci però di fare una menzione particolare delle preziose osservazioni che il signor Louis ha fatte (2) relativamente al soggetto di cui ci occupiamo, di quelle che il signor Andral ha registrate nella sua Clinica medica, sullo stesso argomento, di quelle infine non meno importanti del signor Bouillaud sull'angina laringea edematosa (3).

CAPITOLO II.

ALTERAZIONI ORGANICHE

Studieremo noi in questo capitolo le alterazioni diverse che si rinvengono nella tisi laringea; nè c' interterremo solamente delle lesioni che occupano il laringe, ma parleremo ancora di quelle che si rincontrano nella trachea-arteria, di quelle che trovansi nel velo palatino e nella membrana mucosa del faringe, di quelle in fine che invadono il polmone.

Però, se ci fermeremo su quelle alterazioni che non son proprie del laringe, ciò faremo per rischiarare taluni punti controversi dell'istoria della tisi laringea.

Alterazioni anatomiche del laringe. Divideremo queste alterazioni in due grandi categorie; quelle che interessano la membrana mucosa, quelle che affettano le cartilagini.

A. *Alterazioni della membrana mucosa.* Tra i segni che si sogliono comunemente riguardare come i più idonei a indicar sul cadavere l' infiammazione cronica che pria della morte esisteva, la rossezza è quello su cui maggiormente si insiste; questo segno però è il più infedele di tutti. Cre-

(1) *Praxeos med. universae praecepta.* Lipsiae, 1833.

(2) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie.* Paris, 1825. in 8.

(3) *Dictionnaire de medecine e de chirurgie pratiques*, art. oedeme. Tomo XII, pag. 112, et *Arch. gen. de med.* tomo VII, p. 174.

diamo importante di fermarci su questo punto, a causa dei numerosi errori che sono stati e sono tuttora commessi, per essersi troppo obliato un fatto d'anatomia patologica, cioè, che la rossezza comunque viva sia stata durante la vita, può dopo la morte interamente sparire.

Taluni esempi renderanno questo fatto evidente. In primo luogo, relativamente alle malattie acute, nell'erisipela della faccia o di qualunque altra parte del corpo, nei flemmoni, nel vajuolo confluente pervenuto al periodo d'infiammazione delle pustole, nella chemosi, nelle febbri gravi di cui la lingua è spesso d'una rossezza intensa, non vediamo, dopo la morte, il pallore rimpiazzar il colorito vivo ed animato che, durante la vita, era l'espressione d'una intensa infiammazione? Questo fatto è sì patente, sì ovvio, e s'incontra così spesso, che tutti gli anatomici l'hanno additato, ma senza indicare le induzioni che se ne dovevan trarre trattandosi dei tessuti che l'occhio non può durante la vita percepire.

Chi non sa pertanto che le stesse leggi che regolano la circolazione capillare della pelle, della congiuntiva, della membrana mucosa boccale, si applicano egualmente agli organi contenuti nelle cavità splanchiche?

Ciò che diciamo dell'infiammazione acuta, può dirsi del pari della flemmasia cronica. Il sangue di raro trovasi intieramente combinato coi tessuti: ei circola ancora nei suoi vasi proprj, ed, estinta la vita, le parti cronicamente infiammate impallidiscono come le altre: può ciò vedersi nelle oftalmie croniche, nell'ulcere della pelle, nelle malattie cutanee gravi.

Qualche volta però la rossezza non disparisce che imperfettamente, ed avvien ciò soprattutto quando il cruore si è combinato coi tessuti; ma questi casi sono i più rari.

L'analogia, questa guida cotanto sicura in medicina, ci permette di giudicare con una sufficiente certezza, principalmente allorchè trattasi delle malattie del laringe. In fatti, se, abbassando la lingua dell'infermo, si esamina il faringe, le amiddale e il velo palatino; se anche, siscome qualchevolta avviene, si guarda l'epiglottide, puossi verificar l'esistenza d'una rossezza viva; ed intanto dopo la morte, tutte queste parti sono il più sovente d'un pallore anemico. Ripugnerà dunque allora il credere che la stessa cosa succeda per il laringe, per li legamenti ariteno-epiglottici?

A ragion veduta siamo noi entrati in tutte queste particolarità le quali, a primo colpo d'occhio, potranno sembrare

inutili. Ma a ciò si rattacca la importante questione dell'edema della glottide, questione che noi tratteremo in appresso sotto il punto di vista patologico, ma che vogliamo toccar qui sotto il rapporto anatomico.

È bastato ai pratici i più gravi, Bayle, Laënnec, Cayol, Dupuytren, ec. ec., di veder i legamenti ariteno-epiglottici pallidi e tumefatti, e di trovar nelle corde vocali un'alterazione della stessa natura, per istabilir l'esistenza dell'edema, e per rigettare l'idea d'un'infiammazione, sia acuta, sia cronica. Ma noi dimostreremo con tutta l'evidenza che il gonfiamento, anche senza rossore delle labbra della glottide e della membrana mucosa del laringe è un segno quasi certo dell'infiammazione.

Ma se la rossezza, vivida durante la vita, può disparire dopo la morte, il gonfiamento è anche sottoposto alla medesima legge.

Ed in vero, non vediamo noi sgonfiarsi i flemmoni, la tumefazione dell'erisipela disparir colla morte, e, relativamente alle malattie croniche, non ci occorre il più spesso di vedere, nei servizii di chirurgia dei nostri ospedali, diminuire notabilmente dopo la morte le tumefazioni considerevoli del tessuto cellulare che una malattia ossea, per esempio, fomentava durante la vita?

E ciò per la ragione che i liquidi restano sempre sottoposti all'impero delle forze fisiche, le quali agendo esse sole dopo che l'infermo ha reso l'ultimo sospiro, tutto ciò ch'era ancora contenuto nei vasi scorre immediatamente per le anastomosi, nelle vene le più declivi, ed una porzione dei liquidi effusi nel tessuto cellulare guadagna, di maglia in maglia, le parti collocate sul piano il più inferiore.

L'oblio di questi principii così evidenti in anatomia patologica, è stato cagione di gravi errori, ed ha accreditato, relativamente alle malattie del laringe, delle teorie le quali, abbenchè ingegnosissime, non si fondano pur tuttavia che sopra fatti, secondo noi, male interpretrati.

Così, allorchè in un fanciullo, attaccato subitamente di laringitide acuta, e soccombuto, in poche ore, fra le angosce le più crudeli, eransi osservati fenomeni spasmodici e spesso della remissione, e all'autopsia non trovavasi nel laringe nè falsa membrana, nè rossezza anomala, nè gonfiamento abbastanza considerevole per produrre la soffocazione, giudicavasi esistere un crup spasmodico, e questa forma, di cui non contrastiamo l'esistenza, fu riputata frequentissima; ma cesserà di esserlo, se, nella valutazione delle lesioni anatomiche, vogliasi applicare ciò che sopra dicemmo.

Similmente, quando nel corso d'una tisi laringea, la soffocazione aveva arrecato la morte, siccome il gonfiamento e la rossezza non eran sempre sufficienti onde spiegare questo esito funesto, facevasi intervenire un asma ed altri accidenti nervosi, mentre il difetto di rapporto tra le lesioni patologiche e i sintomi, dipendeva unicamente dalle circostanze novelle in cui il corpo trovavasi dopo la morte.

Ma non è questo il più grave errore cui abbia dato luogo l'oblio dei fatti anatomici che abbiamo poco fa indicati, e che sono oggi consacrati nella scienza.

L'edema della membrana mucosa del laringe, malattia, non diremo già, immaginaria, ma almeno sommamente rara, ha preso nel quadro nosologico un'importanza esagerata. Bastava che si trovassero alcune delle corde vocali tumefatte e scolorate, che i legamenti ariteno-epiglottici presentassero le medesime alterazioni, per non vedervi più le tracce dell'infiammazione, e per farsene una malattia speciale: *l'edema della glottide.*

Noi non neghiamo che questo edema possa esistere; crediamo anche d'averne osservato un esempio irrefragabile (1). Ma nostra intenzione è soltanto di chiamare l'attenzione sopra questo punto, cioè, che la tumefazione, anche senza colorazione rossa della membrana mucosa del laringe, è, in quasi tutti i casi, la sede d'una flemmasia.

Nel corso di questo lavoro consacreremo un capitolo a parte alla discussione di questo punto di patologia troppo controverso, e ci lusinghiamo di dimostrare che ciò che chiamasi *edema della glottide*, non è per ordinario, siccome avevalo già indicato Bouillaud, che una tumefazione infiammatoria.

Ma s'egli è chiaro che la rossezza e la tumefazione cedono in parte e qualchevolta anche dispariscono, non è men vero che questi segni, allorchè esistono, avranno un valore di gran lunga maggiore. Ed in vero, trovasi qualche volta la parte superiore del laringe d'un rosso livido e talmente tumefatta che simula un collo uterino. Una sol volta abbiamo noi rincontrato questa alterazione. La rossezza punteggiata, comunissima sulla membrana mucosa infiammata della trachea, non si scorge, al contrario, quasi mai sulla epiglottide e particolarmente sopra il laringe. Ciò dipende senza dubbio dalla minore vascolarità di quest'ultimo, la di cui membrana

(1) Noi lo rapporteremo in succinto al paragrafo che tratta dei rapporti dell'angina laringea edematosa colla tisi laringea.

mucosa è naturalmente fitta e pallida; ed è probabile che questa circostanza sia una delle principali cagioni dello scoloramento quasi assoluto che si osserva qualche volta nei laringi i più manifestamente infiammati.

Divideremo le ulcerazioni del laringe *in erosioni e in ulcerazioni propriamente dette.*

Erosioni. L'erosioni non interessano che il corion mucoso; le ulcerazioni han sede sul tessuto cellulare sotto-mucoso, e qualchevolta sopra una cartilagine cariata o necrosata. Queste erosioni, perfettamente descritte dal signor Louis nel suo trattato della tisichezza, sfuggono spesso alla vista d'un osservatore poco attento. Pare che la tunica mucosa sia solamente logorata in modo che il fondo del logoramento è alquanto più profondo dei bordi, senza che, per ciò, questi bordi abbian nulla di rugoso nè di prominente; al contrario, vanno insensibilmente a confondersi colla membrana mucosa confinante, e qualche volta è impossibile di scorgere la linea di demarcazione.

Il mezzo di scoprirne più facilmente il carattere è d'immerger la parte nell'acqua. Vedonsi allora sù tutte le superficie erose, nuotare delle specie di piccole villosità analoghe a quelle che sì agevolmente discuopronsi nello stomaco degli animali del genere cane, villosità che non esistono giammai sulla membrana interna delle vie aeree, se non quando l'epitelium sia stato per una malattia logorato e distrutto.

Parrebbe, a prima vista, che l'erosioni fossero il primo grado delle ulcerazioni, e che si dovessero trovare ulcerazioni tanto più numerose secondo che maggiore sarebbe il numero d'erosioni; e reciprocamente, che non si dovessero trovar mai ulcerazioni senza coincidenza d'erosioni. Pur così non avviene; e noi abbiam veduto il laringe, nella parte che corrisponde alla cartilagine tiroide, convertito in una vasta ulcera, o piuttosto in una moltitudine d'ulcere, senza che la membrana mucosa che ricuopre la cartilagine cricoide offrisse il più piccolo segno d'erosione; ed al contrario, la membrana mucosa della trachea-arteria e del laringe sparsa d'una innumerevole quantità d'erosioni, senza che vi fossero ulcerazioni profonde. Diciamo anticipatamente che non abbiam trovato mai erosione che nelle persone attaccate di tisi polmonari, così che questa osservazione parebbe giustificare l'opinione del signor Louis, che tali erosioni cioè son dovute al contatto del pus che passa incessantemente sulla membrana mucosa del laringe e sui bronchi. Ammettendo questa opi-

nione, sostenibile per altro, resterebbe a comprendere il perchè la membrana mucosa del laringe sia meno spesso la sede d'erosioni che quella della trachea, e quella della trachea più frequentemente che quella delle grosse divisioni bronchiche.

Questo fatto potrebbe, a prima vista, destar maraviglia; attesochè pare che la parte la più frequentemente in contatto col pus sia il bronco principale di ciascun polmone; ma facciamo osservare che ciascuno di questi bronchi non somministra in generale che la metà degli sputi che debbonsi espellere, mentre la trachea trovasi in contatto colla loro somma totale.

Se rifletteremo ancora, e questa osservazione non era sfuggita al signor Louis, che la parte posteriore della trachea è quella che trovasi a preferenza la sede delle erosioni, sarà ciò una ragione di più per credere che il contatto del pus colla membrana mucosa è la causa probabile della lesione di questa membrana.

Comunque plausibile sembri a prima vista cotesta ipotesi, dobbiam tuttavia confessare che l'analogia la respinge interamente. Nei tubercolosi, in fatti, vediamo noi delle gravi e numerose ulcerazioni dell'intestino gracile, le quali evidentissimamente riconoscono una cagione diversa di quella che abbiamo indicata. Se dunque la diatesi tubercolosa invade le cripte dell'ileo, senza che nessuno scorrimento di pus sulla membrana mucosa dell'intestino abbia potuto provocare nè infiammazione, nè ulcerazione, qual difficoltà ad ammettere che la stessa cosa potrebbe succedere per la trachea-arteria e il laringe, i quali fan parte dell'apparecchio respiratorio, e che, per conseguenza, devono per le loro connessioni col polmone, essere vieppiù disposti ad essere invasi dalla mallattia tubercolosa?

Havvi però una notabile differenza tra la forma dell'ulcerazioni tubercolose dell'intestino e quelle dell'erosioni o dell'ulcerazioni della trachea arteria e del laringe che si rinvengono presso i tisici.

Nell'ulcere dell'intestino, trovansi delle piccole masse dure e semi-cartilaginee, che sonosi riguardate come dei tubercoli, e ciò, a nostro avviso, senza prove sufficienti, mentre che, nella trachea arteria, e nel laringe, i bordi delle ulcerazioni non offron mai queste apparenze di tubercoli.

Qualunque sia il valore che si volesse concedere a queste spiegazioni sull'origine dell'erosioni della trachea-arteria e del laringe coincidenti colla tisi tubercolosa polmonare, confes-

siamo ingenuamente che manchiamo sin ora d'elementi sufficienti per decidere la questione, e ci limitiamo ad indicare il fatto, non accordando che una importanza molto secondaria alle spiegazioni.

Ulcerazioni. Le ulcerazioni invadono qualche volta tutto il laringe, le corde vocali, i legamenti ariteno-epiglottici, la membrana mucosa che cuopre l'epiglottide. Facendosi più profonde, attaccano le cartilagini stesse che fan divenire necrosate o cariate. Noi ritorneremo più sotto sopra queste alterazioni dello scheletro del laringe.

Nel maggior numero di casi, queste ulcerazioni han cominciato manifestamente dalla membrana mucosa. Trovansi, in altri casi, degli ascessi sotto-mucosi, e non puossi allora dubitare che l'ulcerazione non siasi fatta alla maniera di certe piaghe fistolose della pelle.

L'ulcera finalmente, invece di comunicare col focolare d'un ascesso, può direttamente comunicare con una superficie cartilaginea necrosata. Fra poco diremo come l'ulcerazione della membrana mucosa possa, secondo la nostra maniera di vedere, produrre la necrosi della cartilagine sotto-stante.

B. *Alterazioni delle cartilagini del laringe*. Studieremo in questo articolo le alterazioni che subiscono, nella tisi laringea, le cartilagini del laringe, cioè, la tiroide, la cricoide e le aritenoidi; parleremo nel tempo stesso dell'epiglottide, abbenchè questa fibro-cartilagine sia piuttosto un annesso della lingua che del laringe. Ma siccome partecipa il più spesso alle lesioni di quest'ultimo organo, crediamo di non dovernela separare sotto il rapporto anatomico, siccome vedremo ancora che impossibile riesce di non comprenderla nell'istoria patologica del laringe.

Ossificazione. L'ossificazione delle cartilagini del laringe è un fenomeno puramente fisiologico nelle circostanze ordinarie della vita. Per li progressi dell'età, le cartilagini del laringe, siccome quelle delle coste, s'incrostano di particelle terree, e nella vecchiezza, sono per l'ordinario compiutamente ossificate. Ma, nella tisi laringea, allorchè abbia durato almeno due anni, le ossificazioni si manifestano, abbenchè la giovinezza dell'infermo sembri escludere una siffatta modificazione organica.

Che ci sia qui permesso di cercare in fatti analoghi una spiegazione di questo, o per meglio dire, cerchiamo di provare che il fenomeno dell'ossificazione è ordinario nelle condizioni analoghe a quelle in cui il laringe trovasi collocato nel corso della tisi laringea.

Allorchè fraturasi un osso, si sviluppa immediatamente un'infiammazione non solo al punto di contatto, ma ancora in tutti i tessuti circonvicini, e nel periostio a preferenza d'ogni altro elemento organico. L'infiamazione è appena durata venti giorni, che diggià il periostio e il tesuto cellulare che compone i muscoli e che serve di espansione all'aponevrosi, s'infiltrano a poco a poco dei suci ossei, e ben tosto una massa ossea considerevole circonda la frattura e costituisce la famosa ghiera di Duhamel, mezzo di consolidazione somministrato da una provida natura.

Ciò che avviene per le ossa ha luogo egualmente per le cartilagini, le quali non sono, a dir vero, che la trama-elementare del tessuto osseo. Così, allorquando una cartilagine costale è fratturata per causa diretta, l'infiltramento osseo ha luogo nel pericondrio come nel periostio, e il tessuto cellulare del mediastino, quello che trovasi al di sopra della pleura, partecipa egli stesso a questa alterazione.

Or, ciò che vediamo sucedere nei casi di frattura d'un osso o d'una cartilagine, l'osserviamo del pari, non solamente quando l'osso o la cartilagine sono essi stessi ammalati, val a dire cariati o necrosati, ma ben anco quando, nella loro vicinanza, i tessuti s'infiammano cronicamente. E però, il periostio s'incrosta di sali ossei sul tragitto d'una fistola che cammina lungo un osso, alla vicinanza delle pareti d'un ascesso freddo, e la stessa cosa esattamente si osserva per le cartilagini delle coste. E gli anatomo-patologi han tutti veduto, allorchè una giovane donna soccombe ad un cancro alla mammella profondamente ulcerato, che le cartilagini del lato morboso sono incrostate di succhi ossei, nell'atto che, al lato opposto, conservano il loro aspetto e la loro composizione normale.

Uop'è dunque ammettere che l'afflusso infiammatorio che succede alle vicinanze del periostio o d'una cartilagine, suscita in questi tessuti un processo patologico in virtù del quale s'opera una secrezione ossea, fenomeno molto singolare, atteso che l'infiammazione la quale, dicesi, è un'esagerazione delle proprietà vitali (e secondo noi una perversione), produce precisamente gli stessi risultati che la debolezza delle stesse proprietà nei vecchi.

Applicando ora alle cartilagini del laringe ciò che venghiamo di dire delle altre cartilagini e delle ossa, si comprenderà meglio come, nella tisi laringea, l'ossificazione delle cartilagini sia un fenomeno sì comune e così prematuro. Tentiamo ora di darne qui la descrizione.

La materia ossea si sviluppa a piastre irregolari, e gettasi alla superficie della cartilagine, senza osservar l'ordine che vediamo nelle ossificazioni normali del feto. In alcuni punti la cartilagine è convertita in sostanza ossea nella totalità della sua grossezza ; ai limiti dell'ossificazione, s'incastra esattamente nell'osso, il quale forma, in questo punto, una lamina superficiale e sempre esteriore, mentre che la sostanza cartilaginea è al di sotto; e quando l'ossificazione occupa tutta la grossezza della tiroide o della cricoide, in questo caso, due lamine ossee si avanzano da fuori in dentro ed abbracciano la materia ch'è rimasta cartilaginea, e che occupa allora lo spazio intermedio; sottoponendo poi il tutto all'ebollizione, la cartilagine si distacca dall'osso esattamente come un' epifisi.

Qualche volta, e ciò si osserva sopratutto nei vecchi, le cartilagini sono interamente convertite in sostanze ossee.

La cartilagine cricoide è quella che più prontamente si ossifica, incominciando dalla sua parte posteriore; indi la cartilagine tiroide. In quanto alle due aritenoidi, non le abbiamo rinvenute mai ossificate. Non intendiam dire che non lo siano giammai, ma solamente che lo sono assai più di raro che le altre. G. Franck (*Praxaeos med.* t. VI, pag. 202) cita, dietro Paaw, un esempio d'ossificazione d'epiglottide.

Ossificazione del pericondrio. Il pericondrio si ossifica anche qualche volta, e noi ne abbiam veduto un esempio (osserv. 25). Questa lesione può avvenire colla stessa facilità nel laringe che nelle cartilagini costali, atteso che le stesse leggi presiedono alle ossificazioni organiche di due tessuti simili.

L'ossificazione, ed è questo un punto essenzialissimo a comprovare, ha luogo nella tisi laringea, quando anche non sienvi nè ulcerazione, nè tampoco erosioni, nel caso in fine di semplice laringitide cronica. Inoltre, la parte ossificata non comunica con nessun tragitto fistoloso, col fondo di nessuna ulcera, in una parola, è sempre separata da un tessuto cellullare più o meno ipertrofizzato, dalle superficie ulcerate o dalle pareti degli ascessi sotto-mucosi; circostanza essenzialissima allorchè trattasi di stabilir la differenza tra l'ossificazione e la necrosi.

Necrosi delle cartilagini. La necrosi delle cartilagini del laringe è una lesione frequente, anzi frequentissima, avendola noi rivenuta sopra più della metà dei soggetti che sono succombuti. Questa lesione anatomica degna di curiosità, la quale, del pari che l'ossificazione morbosa, è stata ap-

pena accennata dai diversi autori che hanno scritto sulla tisi laringea, si presenta sotto molte forme e si sviluppa in certe condizioni sulle quali non sarà mai troppo l'insistere.

1. La porzione necrosata trovasi sempre compiutamente denudata; è questo un carattere patognomonico che non manca giammai, e non potrebbe in effetto mancare; dappoichè nell'economia, appena una parte è colpita di morte, che tosto comincia a separarsi dalle porzioni viventi. Or questa separazione si effettua per le cartilagini in una maniera affatto particolare. La parte necrosata vedesi interamente a nudo dalla sua faccia esterna, in questo senso, ch' essa non è mai rivestita di tessuto cellulare, e che su di essa trovasi, o il pus segregato al punto di contatto, o il fondo d'un tragitto fistoloso che comunica coll'interno del laringe. Toccando dunque colla punta dello scarpello, o con uno stiletto, si rinviene un sequestro esattamente simile a quello che osserviamo nelle ossa. Ma se la separazione ha luogo prontamente tra questo sequestro e le parti dotate d'una grande vitalità, siccome sono il tessuto cellulare o il pericondrio, non potrebbe avvenire lo stesso fra questo sequestro e il rimanente della cartilagine. Quivi, siccome nelle ossa, è necessario un lavoro lunghissimo, compito il quale la porzione necrosata s'elimina, e noi ne citiamo molti esempi (osserv. 55 e 75) (1), ovvero vi resta aderente in modo da cagionare disordini mortali.

2. La porzione necrosata è sempre ossificata; questo è anche un carattere costante, quando però la tisi laringea ha durato lungamente; dappoichè è noto generalmente, che nelle febbri gravi conosciute sotto il nome di febbri putride o tifoidi, dotinenteritide, gastro-enteritide grave, ec. ec. rinvengonsi qualchevolta, nel laringe, necrosi di cartilagini senza ossificazione, siccome il signor Sedillot ne ha rapportato un esempio (*Bulletin des seances de l'Accademie royale de medecine*, dicembre 1836.

Se ci si dimanda adesso la nostra maniera di spiegare il fatto dell'ossificazione compagna sempre della necrosi, dire-

(1) Eccone uno notabile rapportato da G. Franck (*Praxeos med.* tom. VI, pag. 199): « *Aeger Hunteri per plures menses sanguinem* « *et pus rejiciebat, ac pro phthisico habitus fuit, convaluit rejecta cartilagine cricoidea.* »

È nulla di meno impossibile il credere che la cartilagine cricoide fosse stata espulsa tutta intera; ed è probabile che non ne fosse stata espulsa che una porzione considerevolissima.

mo che, secondo noi, la lesione ulcerosa la quale il più spesso, per non dir sempre, è la causa della necrosi, comincia col determinare un'infiammazione del pericondrio e per conseguenza un'effusione ossea nella cartilagine sotto-stante, secondo la legge da noi più alto stabilita. Allorchè poi l'ulcerazione è pervenuta sino alla cartilagine ossificata, questa si necrosizza tanto più facilmente secondo che l'ossificazione avevala privata d'una maggior porzione di vitalità. Questa spiegazione sembrerà molto più plausibile, se si rifletta che, quando la tisi laringea ulcerosa corre rapidamente e si sviluppa in soggetti assai giovani le cartilagini dei quali sono (ci sia lecito usare di questa espressione) eminentemente viventi, allora, invece della necrosi, si osserva la carie; un' altra prova si è che, delle cartilagini del laringe, quelle che non s'ossificano giammai, od almeno che noi non abbiam veduto mai ossificate, le aritenoidi, non si necrosizzano, ma si cariano come l'epiglottide. Ne eccettuiamo i casi di febbri gravi, in cui queste necrosi dipendono da particolari condizioni dell'economia.

Laonde, affinchè la necrosi abbia luogo, é necessaria la precedente ossificazione della cartilagine.

Si obbietterà che, negli ascessi sotto-mucosi del laringe, trovansi quasi sempre le cartilagini ossificate e necrosate. Ma non puossi supporre che gli ascessi abbiano cominciato col denudar la cartilagine, la quale sarebbesi necrosizzata d'un subito per il contatto del pus, e non ossificata che ulteriormente. In fatti, negli ascessi sotto-mucosi acuti del laringe, non ha nessuno, che noi sappiamo, rinvenuto la necrosi, ma la denudazione soltanto delle cartilagini, ciò che non è affatto la stessa cosa, e molto meno l'ossificazione; ma negli ascessi sotto-mucosi cronici, questa ossificazione e questa necrosi sono state osservate, e ciò perchè gli ascessi erano consecutivi alla stessa necrosi, val a dire perché il sequestro, nella qualità di corpo straniero, aveva agito come tutti gli altri sequestri dell'economia i quali provocano la formazione d'ascessi più o meno considerevoli, se il pus non esce per un'apertura fistolosa. E poi, dimandiamo, come concepire che la necrosi preceda l'ossificazione? in qual modo dei succhi ossei potrebbero depositarsi in una parte morta e, per conseguenza, priva d'ogni comunicazione vascolare?

Non neghiamo però che la necrosi d'una delle cartilagini possa farsi d'una maniera acuta, e, per conseguenza, senza ossificazione anteriore; avendola noi ammessa per le febbri gravi, potrebbe anche aver luogo nelle piaghe del laringe,

in conseguenza di flemmoni del collo, ec. ec; si capisce allora come questa porzione necrosata, divenendo corpo straniero, potrebbe dar luogo ad ascessi sotto-mucosi del laringe-a fistole, ad una tumefazione mortale della membrana mucosa che riveste le corde vocali; ma noi non l'abbiamo giammai osservata, e in tutti gli scritti che abbiamo letto sulla tisi laringea, non abbiam trovato nulla di simile.

Per restar convinti della giustezza di ciò che abbiam detto sotto forma dommatica, relativamente alla necrosi delle parti solide del laringe, si potranno leggere le osservazioni 5, 21, 22, 24, e 25.

Carie delle cartilagini. Dicemmo, poco fa, che la carie delle cartilagini del laringe era un'alterazione meno frequente che la necrosi, e facemmo anche presentire le condizioni nelle quali si sviluppa.

Noi l'abbiamo spesso osservata negli anelli cartilaginei della trachea-arteria; giammai nella cartilagine cricoide; una volta nella tiroide, tre volte nelle aritenoidi, una volta nell'epiglottide. Diremo però che la nostra attenzione non essendo che da due anni fissata su questo punto d'Anatomia patologica, abbiamo, certamente, lasciato passar inosservata questa sorte di lesione che abbiamo di poi rinvenuta frequentissimamente. Franchk I. c., pag. 203, rapporta il seguente esempio di carie. « *Saepissime cartilaginem cricoidem carie erosam deteximus; semel tanta hujus cartilaginis erosio erat, ut margines illius, ex utraque parte dehiscentes, in pharyngem erosam prominerent.* »

Nella carie, le ulcerazioni cominciano dalla membrana mucosa, e s'internano rapidamente sino al di là del tessuto cellulare sotto-mucoso, in guisa da intaccare in pochi mesi, e forse in poche settimane, il pericondrio e le cartilagini. La rapidità estrema del corso di queste ulcerazioni si spiega con questo fatto, di trovarsi, cioè, la carie coincidente sempre colla tisi polmonare tubercolosa, malattia in cui sembra che siavi una funesta disposizione all'ulcerazione ed alla suppurazione.

Esaminando attentamente le parti cariate pria di averle dissecate, si vede manifestamente che il fondo dell'ulcerazione che riposa sulla cartilagine è vivido e dotato d'una vitalità considerevole, e vi si rinvengono quelle villosità vascolari da noi già accennate allorchè parlammo dell'erosioni della membrana mucosa.

Dissecando con diligenza la cartilagine, la si rinviene erosa e quasi distrutta. Questa erosione può andar anche sino al-

l'intera distruzione dell'epiglottide (1), delle cartilagini aritenoidi, e sino alla perforazione della cartilagine tiroide istessa, come puossene vedere un esempio nella 24 osservazione.

Il signor Andral (2) cita un caso in cui l'ulcerazione aveva distrutto sin anche la pelle e stabilito una fistola aerea. Questa ulcerazione risedeva alla parte superiore dell'angolo rientrante formato dalle due lamine della cartilagine tiroide.

Tutti i casi di carie da noi osservati coincidevano colla tisi polmonare tubercolosa; non avveniva lo stesso per la necrosi, ciò che più chiaramente addimostra la diversità di queste due alterazioni.

Lesioni che accompagnano la carie, la necrosi e le ulcerazioni. Le lesioni anatomiche che venghiamo di studiare e delle quali abbiam tentato di dare una descrizione la più fedele che ci è stata possibile, non si manifestano isolate l'une dall'altre, ma sono quasi sempre accompagnate d'alterazioni più formidabili ch'esse non sono.

Nello stesso laringe, la carie può offrirsi con la necrosi e l'ulcerazione; nelle osservazioni 21 e 24 se ne hanno molti esempi; ma è impossibile ch'esistano nel laringe delle profonde ulcerazioni, e che le cartilagini trovinsi cariate o necrosate, senza che la membrana mucosa e il tessuto cellulare sotto-stante non sieno la sede d'un ingorgamento infiammatorio considerevole.

Le osservazioni 1, 21, 22, 24, 25, e 31 ce ne offrono esempi palpabilissimi. Or, questo ingorgamento infiammatorio, sì mal a proposito chiamato da Bayle edema della glottide, diviene la causa diretta della morte per soffocazione.

Basta che i nostri lettori leggano con qualche attenzione le osservazioni che venghiam d'indicare per convincersi della gravezza di questo ingorgamento, e comprendere nel tempo stesso il perchè noi siamo insorti sì fortemente contro la denominazione viziosa data da Bayle a questa alterazione anatomica.

Abbiamo coll'autopsia avverato nove edemi della glottide. Due erano acuti, l'uno dei quali sviluppatosi sotto l'influenza d'un catarro estremamente violento, l'altro poche ore dopo

(1) Franck, *loco cit.* p. 202, ne cita due casi. Il signor Louis, *Rech. anat. pat. sur la phth.* pag. 251, ne rapporta uno meritevole di tutta la curiosità. Morgagni, *loco cit.* epist. 28, art. 10, parla di un caso in cui la epigliottide fu trovata perforata da una ulcerazione.

(2) *Clinique medicale*, tom. II, pag. 204.

l'operazione della tracheotomia. Sette erano cronici, e coincidevano: cinque con necrosi, carie ed ulcerazioni del laringe, e due con tumori ulcerati di quest'organo. Del resto, noi rinviamo per la discussione di questo punto importante di patologia, al paragrafo ove studieremo i rapporti che esistono tra la tisi laringea e l'edema della glottide.

Abbiam creduto cominciar questo capitolo colla descrizione generale delle alterazioni che si rinvengono nel laringe e nella trachea, e che sono la più ordinaria caglone della tisi laringea; abbiamo spiegato il modo in cui l'osservazione ci aveva condotti a riconoscere le relazioni di queste alterazioni tra loro, il loro modo di formazione e l'ordine in cui per l'ordinario si succedono; non ci resta più che a passare rapidamente in rivista le varie lesioni particolari che sono state dagli autori accennate.

L'esistenza di corpi stranieri nel laringe o nella tracheaarteria può simulare od ingenerare la tisi laringea.

Questi corpi stranieri possono svilupparsi dentro gli organi respiratorii o venir dal di fuori.

Corpi stranieri formatisi nel laringe.

Polipi. Lieutaud (1) ne rapporta i due casi seguenti:

« *In cadavere eujusdam asthmatici triginta annorum, qui*
« *perpetuo querebatur de quodam impedimento in trachea,*
« *quod tussi et screatu expellere saepius conabatur, et morte*
« *subitanea sublati, reperitur quidam polypus variis radici-*
« *bus laryngi infixus et versus glottidem obturamenti in-*
« *star adactus; unde suffocatio inexpectata.* »

(2) « *Secto cadavere cujusdam pueri duodecim annorum*
« *jampridem phthisici, et inexpectata morte rapti, in pro-*
« *patulum veniebat intra laryngem, corpus quoddam polypo-*
« *sum et racemosum e tracheae superiori parte pediculo u-*
« *nico et peculiari ortum trahens et hinc fluitans; quo forte*
« *ad laryngem repulso, suffocationem obierat aeger.* »

Queste due osservazioni di Lieutaud sono di grandissimo interesse; facciamo notare che, nella prima, la parola *asthmatici* è interlineata, siccome la parola *phthisici* nella seconda: è probabile che con questo semplice segno tipografico l'autore voleva indicare che i polipi avevano *simulato* durante la vita sintomi d'*asma* e di *tisi* che avevano indotto in errore i medici.

(1) *Historia anatomico-medica*, lib. IV, oss. 63.
(2) Lieutaud, *ibid.* oss. 64.

Desault, nella sua lunga pratica, non ha rincontrato che due casi di polipo del laringe, e la clinica chirurgica di Pelletan non ne contiene che un esempio. Queste specie d'escrescenze son dunque estremamente rare.

Noi non abbiam rinvenuto che un caso di polipo del laringe, e lo rapportiamo nell'osservazione n. 1. Il dottor Senn di Ginevra ne ha raccolto un esempio che noi citiamo sotto il n. 2, e si potrà finalmente leggere, sotto il n. 3, l'istoria interessantissima che sulla stessa alterazione organica ha pubblicato il dottor Romain Gerardin. Questa ultima osservazione fu presentata all'Accademia di medicina ed inserita in novembre 1836 nel giornale delle cognizioni medico-chirurgiche.

Osservazione I.

Tumore tubercoloso e polipo del laringe, senza lesione polmonare organica

Il signor De Serry, d'anni 42, antico allievo della scuola Politecnica, possidente in Auxerre, godè costantemente d'una buona salute sino al 1834. Nel gennaro di questo anno, la sua voce cominciò a perdere della sua chiarezza naturale. Da allora in poi, s'estinse gradatamente, ed egli divenne del tutto afono. Noi cominciammo a trattarlo alla fine del 1835, ed avemmo la fortuna di procurargli un sollievo notabile che durò alcuni mesi.

Nei primi giorni di luglio 1835 risentì, per la prima volta, una difficoltà della respirazione che s'accrebbe in pochi giorni sino ad imminenza di soffocazione. Giustamente allarmato del suo stato, l'infermo, accompagnato da suo zio, il signor Hay, antico deputato dell'Yonne, affrettossi di venire a Parigi a confidarsi di nuovo alle nostre cure.

L'11 luglio 1835, allorchè vedemmo l'ammalato, ei godeva di tutta la sua conoscenza; il suo polso batteva da cento quindici a cento venti volte per minuto; il movimento respiratorio facevasi ventotto volte nello stesso spazio di tempo.

I due tempi della respirazione parevano eseguirsi con una eguale difficoltà. L'inspirazione era sonora, e faceva sentire un romore difficile a descriversi, e che, nella sua maggiore intensità, somigliava or al muggito d'un vitello, ora al ruggghio del leone.

Nella sera, la respirazione diveniva sempre più difficile; l'infermo passò la notte in un'agitazione estrema, e il 12 luglio alla mattina, essendo imminente la soffocazione, praticammo la laringo-tomia in presenza dei professori Fouquier e Roux e dei dottori Hamard e Danyan.

Un'emorragia arteriosa e venosa fu il solo accidente che venne a complicar l'operazione; una compressione leggiera non tardò ad arrestarla.

Subito che la canula fu introdotta e fissata, l'infermo ci assicurò che non sentivasi più oppresso; la respirazione divenne facile, sebbene un poco irregolare e precipitata (40 volte per minuto.)

Nel corso dei primi cinque giorni che seguirono l'operazione, l'infermo la passò bene per quanto era possibile sperarlo; ma, a contare da questa epoca (16 luglio) cominciò a lagnarsi d'un dolore nel fianco destro, ed ebbe assalti di tosse più frequenti e soprattutto più penosi che per l'innanzi.

La percussione fece riconoscere verso la base del polmone destro, e al di sopra del fegato, un suono ottuso pronunziatissimo. Fecesi un salasso d'una libbra; si applicarono cataplasmi sul punto doloroso, senapismi all'estremità; niuna cosa riuscì a poter frenar gli accidenti.

Il 17 luglio, visitammo insieme a Fouquier l'ammalato, ed osservando che la piaga erasi da molte ore abbassata e che la suppurazione era venuta meno, noi facemmo un pronostico mortale. Nel giorno stesso, in fatti, a cinque ore della sera, l'ammalato spirò (venti ore dopo la comparsa degli accidenti toracici.

Necropsia 16 ore dopo la morte. Rigidità cadaverica, tinta itterica pronunziatissima della pelle. Praticata un'incisione sulla linea mediana dal mento sino al basso dello sterno, esaminossi primieramente il laringe. Questo organo guardato all'esterno, presentava una tumefazione edematosa di tutto il legamento ariteno-epiglottico manco. Questo edema consisteva in un cercine il quale presentava un maggior volume risguardandolo più vicino al laringe. La sua maggior grossezza era almeno di quattro linee. Era flaccido, e pendeva in dentro del laringe in guisa che nelle grandi inspirazioni, dovevasi inpegnare in questo organo e difficoltar molto la respirazione. Il legamento ariteno-epiglottico destro non aveva nulla d'anormale. Guardato di faccia e spogliato dei suoi muscoli estrinseci, il laringe non offriva veruna

tumefazione; la cartilagine tiroide, al contrario, era leggermente depressa sul suo lato manco. Il muscolo crico-aritenoide laterale destro aveva una tinta verdognola, cui partecipava il tessuto cellulare e legamentoso che lo circonda. In questo punto, che nello stato normale è notabilmente depresso, esisteva un'intumescenza la quale, diggià considerevole alla sua origine, portavasi, sempre aumentando, verso la parte posteriore.

L'incisione praticata durante la vita per dar una novella via all'aria, estendevasi dall'orlo della cartilagine tiroide, ch'essa toccava senza intaccarla, sino all'orlo inferiore del primo anello tracheale: la canula non occupava che lo spazie crico-tiroideo.

Isolato il lato posteriore del laringe dalla porzione contigua dell'esofago, vi si osservava a manca la tinta verdognola precedentemente indicata, la quale rimontava presso a poco sino alla base della cartilagine aritenoide. Il tessuto cellulare di questa parte era la sede d'un edema che continuavasi con quello del legamento ariteno-epiglottico.

Aperto con diligenza il laringe in dietro sulla linea mediana, e staccati sufficientemente i due labbri di questa incisione, si osservò ciò che siegue: tutta la parte manca della membrana mucosa aveva la tinta bigio-verdiccia osservata due volte altrove. La corda vocale inferiore era assai tumefatta; la superiore meno Il ventricolo manco era bagnato d'una sanie bigiccia estremamente fetida, e conteneva *una produzione accidentale di consistenza lardacea e d'un bianco cenerino*. Questo tumore prolungavasi nell'intervallo che separa la cricoide dalla parte posteriore della tiroide, e andava a comparire un poco in fuori e indietro del laringe. Una porzione della tiroide a manca era cariata. Questo *tumore usciva dal ventricolo e prendeva allora la consistenza e il colore d'un polipo mucoso, facendo nel laringe una prominenza considerevole.*

La metà sinistra del laringe aveva tre, quattro e sino a cinque linee di spessezza, mentre che la destra non ne aveva che una, due, o due e mezzo. In questo stesso lato destro, la membrana mucosa, le corde vocali, il ventricolo e le cartilagini erano in uno stato interamente sano.

La membrana mucosa tracheale era tumefatta e tinta d'un rosso punteggiato. I bronchi eran anche rossi, ma senza essere punteggiati nè tumefatti. Numerose ed intime aderenze univano la totalità del polmone manco alla pleura costale.

L' infermo, assicuravasi, non aveva avuto mai malattia di petto. Il polmone, alla sommità e indietro, aveva un primo grado d'epatizzazione. Nessun vestigio di tubercoli.

Nella pleura destra, esisteva un' effusione di circa tre libbre d'una serosità torbida e rossiccia; nessuna apparenza di false membrane.

La lamina polmonare e la lamina costale non aderivano in verun punto tra loro, ma erano d'un rosso livido.

Tutto il lobo inferiore del polmone destro era d'un rosso feccia di vino oscuro, non crepitava più, laceravasi facilmente, ed incidendolo, ne scorreva un liquido non schiumoso, sanguigno e fetido. Sull'orlo tagliente di questo lobo, ed infuori, esisteva un tumore la di cui tinta bigia risaltava sul color violetto del polmone; in questo tumore osservavansi numerose bolle enfisematiche. L'incisione ne fece scorrere una sanie bigiccia d' un estremo fetore. Questo tumore era manifestamente una riunione di lobuli polmonari colpiti di sfacelo. I gas sviluppatisi colla putrefazione davano a questa porzione cancrenata del polmone l'eccesso di volume che vi si osservava. Questo polmone non conteneva nemmeno dei tubercoli.

Varie ragioni di convenienza c'impedirono d'esaminare gli altri visceri.

Il laringe fu osservato alla presenza dei signori Broussais, Bouillaud, Dumeril, Marjolin, Andral, I. Cloquet, professori della facoltà di medicina di Parigi, e del signor Sanson Alfonso, aggregato alle stessa facoltà.

Osservazione II (1).

Tumore sviluppatosi lentamente nel laringe.—Raucedine da 6 anni.—Afonia.—Morte per soffocazione.

Il 22 dicembre 1826, fui richiesto dall' autorità per fare l'esame del cadavere del signor Clavel, morto subitamente nella bottega d'un panattiere; essendomi trasferito sul luogo, seppi che quest'ultimo aveva da lungo tempo perduto la voce; ch'era stato trattato siccome affetto d'una tisi laringea; ch'ei non poteva inghiottire che dei liquidi, e che gli era impossi-

(1) Osservazione pubblicata dal signor Senn, di Ginevra, nel *Giornale dei progressi delle scienze mediche*, 1829, t. V, pag. 230.

bile qualunque esercizio violento; finalmente che da due giorni erasi lagnato di male alla gola.

Il cadavere perfettamente ben conformato, non annunziava affatto un tisico. Tutti i visceri furono successivamente esaminati; non presentarono che l'inghiettamento venoso e la fluidità del sangue, conseguenza d' un' asfissia, e furon tutti trovati nello stato normale, ad eccezione del laringe, il quale mi offrì le particolarità seguenti: l'epiglottide era sana, osservavasi un leggiero edema dei bordi della glottide, e dei legamenti epiglottici; la mucosa era gonfia; aperto indietro il laringe, scorgevasi *un tumore del volume d'una nocciuola, bianchiccio, duro, fibroso, con varie fenditure, pedicciuolato;* esso prendeva origine nel ventricolo destro, che riempiva, ed occupava la quasi totalità della parte superiore del laringe, in guisa che durai fatica, richiudendo il laringe, a potervi introdurre da alto in basso, o da basso in alto, una piccolissima penna di corvo, e fu necessario uno sforzo. Questo tumore, che mi parve di natura sifilitica, era stato la vera causa della morte, il leggiero gonfiamento della mucosa essendo bastato, nello stato in cui era il laringe, per chiudere ogni passaggio all'aria.

Io conservo questo pezzo ch' è veramente meritevole di curiosità, atteso che non puossi, di primo lancio, concepire come abbia potuto esistere, e il tumore giungere a questo volume; ma ciò spiegasi mercè la somma lentezza dei suoi progressi, siccome ne fa fede la voce che aveva cominciato ad alterarsi cinque o sei anni innanzi.

Osservazione III (1).

Il signor Stassin, capo degli uscieri della camera dei deputati, di anni 63, aveva, da due anni, perduto la voce senza una causa conosciuta. I rimedii che gli si consigliarono furono sanguisughe situate sulla parte superiore dello sterno, un vescicatorio sul torace, indi degli empiastri emetizzati, delle fumigazioni semplici e composte mediante un apparecchio, e, in ultimo luogo, dei gargarismi alluminosi. Tutti questi tentativi riuscirono infruttuosi. Ei contrasse un raffreddore al principio dell' ultimo inverno, e passò tutta questa stagione con una tosse seguita di sputi densi. A

(1) Lettura fatta all'Accademia, il 27 settembre 1826, dal signor R. Gerardin.

tutto questo erasi, da due mesi, aggiunta una qualche difficoltà di respiro e un sibilo nell' inspirazione. L' infermo non poteva montare il secondo piano ove trovavasi il suo appartamento, senza sperimentare una difficoltà grandissima nella respirazione; ed era anche obbligato di sospendere la sua conversazione per ripigliar fiato.

Lusingandosi che l'aria della Normandia, che soleva respirare ogni anno, gli sarebbe favorevole siccome per l'addietro, il signor Stassin attendeva con ansietà la chiusura della camera per trasferirsi a Bayeux.

Il 13 luglio 1836, vigilia della sua partenza, fui chiamato in fretta verso sei ore della sera per apprestargli le mie cure. Era questa la prima volta ch'io vedeva l'ammalato. Lo trovai seduto sul suo letto, anelante, con una respirazione sibilante, voce estinta, tosse rauca, volto rosso, occhio animato, sporgente, in somma, con tutti i sintomi dello strangolamento, di unita ad alcuni di quelli dell'asma soffocativo. La pelle era bruciante, il polso pieno e forte. l'arteria dava cento trenta pulsazioni a minuto. Alcuni sputi, raccolti in un vasellino, eran densi, striati di sangue. Non esitai a praticar un salasso dal braccio (15 once), che l' ammalato tollerò a maraviglia; dopo poche ore, tornai a visitarlo, e lo trovai bagnato di sudore; l' aspetto era più tranquillo, il polso aveva minor forza e celerità. La fisonomia esprimeva il ben essere e il contento. La notte corse tolerabilmente.

14, 15 luglio. Continuava il meglio, malgrado alcuni ritorni di soffocazione. Dieta, piediluvio senapizzato, clistere, bevande emollienti, applicazione d'un empiastro di *Vigo cum mercurio* sopra tutta la parte anteriore del collo.

16. La notte fu meno tranquilla, l'infermo accusava una novella serie dei primi sintomi, richiese un secondo salasso, che fu praticato immediatamente, e seguito, siccome il primo, d'un'abbondante sudore e d'un miglioramento notabile. Gli stessi mezzi.

17. Novella soffocazione, sibilo più energico, ansietà dell' infermo. Esplorai di bel nuovo il petto. La percussione era sonora in tutta l'estensione del toraco. Il cuore batteva regolarmente con forza ; l' orecchio non appercepiva veruno strepito anormale. *Lo strepito inspiratorio era nullo;* intanto quando l' ammalato tossiva , sentivasi un leggiero strepito bronchico. Nessuna rossezza, nessun dolore al fondo del faringe. Fecesi una pressione alla gola senza determinarvi la più piccola molestia, e al paziente sembrava cosa singolare di non risentire alcun dolore locale; nulla di meno applicaronsi

quindici sanguisughe sulla sommità dello sterno; leggiero miglioramento, niuna febbre, polso lento, le stesse bevande.

18, 19, 20. Stato tolerabile. Sull' inchiesta dell' infermo, nuova applicazione di venti sanguisughe; applicazione d'un vescicante sul petto. Si rinnova l'empiastro di Vigo; gli sputi intanto divennero più abbondanti, più densi, e talvolta osservaronsi striati di sangue. L'ammalato non si lagnava di nulla, le forze si conservavano, alcuni leggieri narcotici gli procacciarono alquante ore di sonno.

Scorse una settimana senza miglioramento alcuno, nel quale intervallo l'ammalato prese tre pozioni con un grosso d'ossido bianco d'antimonio ciascuna.

Ma le prime speranze andavano già a dissiparsi; il pronostico divenne grave, e, il 28, fu d'uopo ricorrere a un terzo salasso. Questo presentò, siccome i due primi, un rapprendimento denso, attorniato di poca serosità; sulla superficie del rapprendimento, vidersi, per la prima volta, delle croste di cotenna bianca. L'ammalato non ne trasse alcun sollievo; il malessere, la soffocazione continuavano; le forze alteraronsi sensibilmente; gli sputi si fecero sempre più copiosi, puriformi, e riempivano più scodellette nella giornata. Intanto l'energia morale dell' infermo era sempre la stessa, nè concepiva egli alcun timore sull'esito del suo male.

Il primo agosto, seppi che la notte era passata più male delle precedenti, e l'imminenza della soffocazione m' indusse a fare un nuovo salasso, il quale fu meno copioso degli altri, ma il coagolo presentossi coperto interamente d'una cotenna bianca e densa. Nessun miglioramento; l'ammalato cominciò a perdere insensibilmente la sua conoscenza, e spirò il 2 agosto, a 11 ore della mattina.

La sera, dimandai l'apertura del corpo che mi fu ricusata; fui nulladimeno autorizzato a fare un'incisione al collo, e ne profittai per distaccare il laringe con una porzione della trachea-arteria.

Il laringe fu esaminato in mia casa: rialzando l'epiglottide, videsi immediatamente che la glottide era ostruita dalla presenza d'un tumore. Guardando a traverso il laringe, come con un occbialino, si osservò che il passaggio dell'aria non effettuivasi che per un pertugio sinuoso, del diametro d'una penna di pollo. Facendo un'incisione alla parte posteriore del laringe e della trachea-arteria, ed allontanando gli orli della divisione, si vide sorgere *un tumore*, *grosso come una nocciuola, di color bianco, coperto d'aspre-*

ze, lunghe d'una a due linee. Questa vegetazione aveva un certo peduncolo che occupava tutto il seno destro.

Questo tumore presenteva il colore stesso della membrana interna del laringe e della trachea arteria. sulla quale non si osservò nè rossezza nè ulcerazione. Lo scalpello incise questo tumore con facilità, e senza produrre il più piccolo strepito.

Il signor Stassin aveva servito sotto la repubblica in un reggimento di ussari. Mi assicurò che non aveva mai contratto malattia venerea, e dopo il suo ritorno alla vita civile, la sua condotta fu tale da prestar intera fede alla sua asserzione.

Vegetazioni. Delle vegetazioni sifilitiche possono invadere la parte superiore dell'albero aereo; il signor Rayer (1) ne ha conservato alla scienza l'esempio il più notabile che noi conosciamo.

Tumori cancerrosi. I tumori di questa specie si sono mostrati nel laringe e nella trachea, più spesso che le vegetazioni sifilitiche. Morgagni (Epist. 28, art. 9, 10) ne ha raccolto un esempio. Noi stessi ne abbiamo rinvenuto un caso che sarà rapportato nell'osservazione 18.

Tumori e produzioni tubercolose. Riesce difficile il decidere la questione se le diverse alterazioni, cioè, che si rinvengono nel laringe contemporaneamente all'esistenza dei tubercoli nei polmoni, devono essere annoverate tra le produzioni tubercolose.

La maggior parte degli autori dicono di non riconoscere nelle granulazioni che si rinvengono frequentissimamente nel laringe dei tisici, i caratteri del tubercolo. Credesi generalmente che questi piccoli tumori non sieno altra cosa che follicoli mucosi infiammati od ingorgati.

Il signor Louis asserisce positivamente, che non si rinvengono granulazioni tubercolose nel laringe, nell'epiglottide o nella trachea, in *verun caso;* d'onde conchiude, doversi riguardar l'infiammazione come *la causa la più frequente* dell'ulcerazioni che vi si osservano.

Il signor Andral (2), ha spesso osservato delle granulazioni, e pensa che non sono esse, nel maggior numero di casi, di natura tubercolosa.

Non avremo noi la temerità di azzardare la nostra opi-

(1) *Traité des maladies de la peau,* Atlas, tav. xv, fig. 21, 2, edizione.

(2) *Clinique medicale,* tomo II, pag. 195.

nione in una questione cotanto delicata, molto più che le nostre ricerche non sono state moltiplicate abbastanza su questo argomento.

Con maggior ragione, la difficoltà cresce allorchè vuolsi classificare le alterazioni analoghe che sono state trovate nel laringe o nella trachea d'individui i quali non offrivano tubercoli polmonari.

In quanto ai tumori che si osservano qualchevolta vicino alla trachea o al laringe, simulanti allo spesso tutti gli accidenti della tisi laringea, e che possono in alcuni casi produrla (come se ne vede un esempio nell'osservazione di Morgagni, (Epist. 15, art. 15, da noi citata sotto il numero IV), sembra più facile, a causa del loro volume, d'assegnare il posto che devono essi occupare nell'ordine patologico. Non v'ha dubbio ch'essi presentano allo spesso tutti i caratteri del tubercolo, e l'osservazione di Morgagni che citeremo tra poco ne sarà l'esempio.

L'osservazione n. VII, che noi abbiamo estratta dalle *Transazioni irlandesi* del 1820; quella n. V, che ci è stata comunicata dal signor Vernois, fanno vedere a qual punto questi tumori possono simulare la tisi laringea. In quest'ultima osservazione, in fatti, vediam cader nell'errore lo stesso Andral, al punto che fu d'uopo dell'autopsia per convincerlo che i polmoni non erano affatto tubercolosi.

Parleremo noi qui dell'altre alterazioni del laringe che accompagnano, precedono o seguono la tisi polmonare?

Le osservazioni da noi in grandissimo numero rapportate in questo lavoro, ci dispenseranno almeno d'entrare, relativamente a ciò, in troppo estese particolarità. Crediamo non pertanto dover qui ricordare i varii rapporti che ha il signor Louis osservato tra le diverse alterazioni di cui possono essere attaccati il laringe, la trachea e l'epiglottide. Questo piccolo quadro statistico, sebbene generalmente conosciuto, non dovrebbe sembrare fuor di luogo in un lavoro specialmente consacrato allo studio delle malattie delle prime vie della respirazione.

Sopra 102 soggetti tisici dei quali il signor Louis ha fatto l'autopsia, 18 volte ha egli trovato ulcerazioni dell'epiglottide, 23 volte ulcerazioni del laringe, e 31 volte lesioni della trachea-arteria.

Si vede che la frequenza dell'ulcerazioni aumenta a misura che un punto del condotto aereo vien considerato più lontano dal suo orificio superiore. Spiegammo noi già il nostro modo di concepire questo fenomeno, e qual valore ac-

cordavamo alla nostra spiegazione; quindi non vi ci fermeremo più oltre.

Ripigliamo la nostra analisi.

Ulcerazioni dell'epiglottide. Sopra i 18 casi d'ulcerazione dell'epiglottide dal signor Louis rinvenuti, 12 volte ebber luogo presso uomini e 6 volte solamente presso donne.

Cinque volte queste ulcerazioni esistevano sole e senza complicazione con quelle del laringe e della trachea.

Erano generalmente superficiali; in due casi soltanto osservaronsi sulla fibrocartilagine; e la loro sede era, ad eccezione d'un sol caso, sulla faccia laringea dell'epiglottide.

In quattro casi, quest'organo era eroso nel suo circuito; una volta era interamente distrutto (vedasi la nostra osservazione n. 19).

Lesioni del laringe. Queste lesioni sonosi presentate 23 volte sopra 102 tisici (16 uomini e solamente 7 donne).

In due casi soltanto, non erano esse complicate nè con quelle dell'epiglottide, nè con quelle della trachea.

Il loro ordine di frequenza relativamente al luogo che occupavano era il seguente: La riunione delle corde vocali, la parte posteriore delle corde vocali istesse, la base delle aritenoidi, la parte superiore del laringe, e finalmente l'interno dei ventricoli il quale non fu trovato ulcerato che una sola volta.

Ulcerazioni della trachea. Tra i 31 soggetti che offrirono queste ulcerazioni, furonvi 9 donne e 22 uomini.

Il luogo in cui queste ulcerazioni sonosi più frequentemente mostrate era la parte inferiore della trachea, vicino alla biforcazione; e quando le ulcerazioni erano estese, occupavano la parte membranosa dell'organo.

Queste ulcerazioni erano qualchevolta situate sul tessuto sotto-mucoso, altre volte sulla membrana mucosa, ingrossata o no: in alcuni casi, questa membrana era ulcerata.

Gli anelli cartilaginei trovaronsi più d'una volta erosi o distrutti; una sola volta offrirono una soluzione di continuità, e in *cinque casi* (sopra 31) la membrana mucosa si osservò distrutta in tutta l'estensione della parte membranosa della trachea.

Non ripeteremo ciò che dicemmo altrove relativamente alle induzioni che trarre si possono da questi diversi risultati, contentandoci di registrarli qui solamente.

Idatidi. Il signor Pravaz, nella sua tesi sulla tisi laringea, rapporta l'istoria seguente.

Un capitano di forzati fu trasferito all'ospedale di Brest

in uno stato imminente di soffocazione: la respirazione era sibilante; l'*inspirazione* molto più difficile dell'espirazione.

Tutti i mezzi adibiti furono indarno,e.dopo due mesi e mezzo di soggiorno all'ospedale, l'infermo perì asfittico.

L'autopsia mostrò l'esistenza di due idatidi semi-trasparenti, ovali, grosse quanto una noce, indossate l'una all'altra. Stavano esse alloggiate sotto l'epiglottide ed occupavano, la destra sopratutto, una parte dei ventricoli del laringe.

Vedonsi qui due corpi molli esistenti alla parte superiore della glottide, produrre tutti i sintomi dell'angina laringea edematosa di Bayle. Questo fatto è importante a notarsi, in quanto che la pressione esercitata sopra cosiffatti tumori avrebbe potuto votarli e procurare una pronta guarigione.

Questa pressione, raccomandata dal signor Thuillier (1), doveva, in tutti i casi, praticarsi con circospezione. L'opinione da noi emessa sulla natura quasi sempre infiammatoria di questa malattia fa abbastanza conoscere il motivo di questa raccomandazione da parte nostra.

False membrane. Home, citato da Franck e da Lieutaud, riferisce un esempio di falsa membrana rigettata da un fanciullo il quale lagnavasi, da lungo tempo, di dispnea e la di cui voce era alterata. Dopo alquanti giorni, l'ammalato morì, e trovaronsi nella trachea delle false membrane analoghe a quella ch'era stata cacciata.

G. Frank istesso, ha osservato un fatto molto più curioso (2).

Del resto, il signor Andral (3) dice che le produzioni pseudomembranose croniche sono men rare di quel che generalmente si crede. Noi confessiamo di non averne osservato giammai.

Calcoli. Non mancano esempii di calcoli formatisi nei ventricoli del laringe. La tesi già citata del signor Pravaz ne contiene un caso manifesto.

Una donzella di 26 anni sperimentava da sei anni, alla fine di ciascuna està, dell'anoressia, un malessere generale, e del-

(1) These inaugurale sur l'angine laryngée aedemateuse.

(2) Vir conspicuus T., triginta annos natus, Grodni inhabitans, anno 1810, auxilium meum contra raucedicem, cum laryngis dolore, tussi clangosa, suffocationis periculum minitante, sputis puriformibus, macie, febricula et deglutitione laesa (sine faucium visibili affectione) quaesiverat. Morbum a refrigerio corporis in itinere contracto originem coepisse putabat: neque minus fassus est, juvenem se syphilide quidem infectum, sed bene curatum fuisse. Cura nihilominus a mercurio inchoata est, morbus autem in dies gravior exstitit. Atque sic quatuor ebdomadibus elapsis, aeger Vilnam reliquit, aliorum medicorum curae sese traditurus. Ab his multa et varia remedia diu frustra adhibita sunt. Tandem trium mensium spatio interjecto, a morbi autem initio mense nono, vehementissime tussiens, pseudomembranam trium pollicum longitudinis, expuit. A quo temporis momento, non solum ab omnibus suis malis liberatus, sed etiam obesus factus est.— Praxeos medicae, tomo VI. pag. 210.

(3) Cliniquo medicale, tomo II. pag. 195.

la difficoltà di respiro; sul principio ella ebbe una tosse secca, indi un leggiero calore alla gola, e ben tosto un dolore vivissimo al laringe; la deglutizione divenne d'ora in ora più difficile, la voce si estinse interamente e la dispnea fu estrema.

Il dito portato sulla parte superiore del laringe vi scopriva un piccolo tumore fisso, circoscritto e doloroso; la bocca e il faringe erano appena inghiettati. Finalmente il tumore aumentò, la deglutizione divenne impossibile, e l'espettorazione forniva degli sputi purulenti; il volto era pallido, livide le labbra, la voce estinta, la soffocazione imminente.

Questo stato estremo durò tre giorni, dopo i quali l'ammalata sputò senza sforzi due pietre della grossezza d'un cece, d'un colore bianco-giallognolo, durissime, scabrose, e di forma irregolarissima. Dal momento della loro espulsione, gli accidenti si calmarono, e l'ammalata ristabilissi compiutamente.

Lieutaud (loco cit., lib. 4, osserv. 77), cita, dietro Kerkringius, il seguente fatto:

« Quidam immani spirandi difficultate premebatur. Non ta-
« men tussiebat nec excreabat, nullaque erant asthmathis nec
« orthopneae symptomata; com superveniente febre vehemen-
« tiori, illuc mittitur unde negant redire quemquam.

« In propatulum veniebant varii lapides et diversae figurae,
« asperae arteriae immediate incumbentes, adeo ut hominem
« praefocaverint. »

In una parola, alterazioni organiche di varie forme, di natura diversa, possono prodursi nel laringe e nella trachea, siccome in tutte le membrane mucose; sarebbe facile, volendole tutte enumerare, d'ingrossare indefinitamente questo lavoro; ma noi ci limiteremo a quanto ne abbiam detto. Ci saremmo ben anco astenuti di rapportare così distesamente i fatti che precedono, se non li avessimo riguardati siccome tipi, a' quali potersi ravvicinar quasi tutte le lesioni accidentali del laringe e della trachea.

Poche cose dobbiam dire dei corpi stranieri che da fuori vengono introdotti nelle vie aeree; dei frammenti d'osso (Bonnet), dei pezzi di nocciuole (Tulpius), delle fagiuole, ec. ec., possono cadervi e cagionare una soffocazione immediata, o produrre la tisi laringea.

In quest'ultimo caso, possono esser rigettati dopo un tempo più o meno lungo e liberar così l'ammalato, ovvero, rimanendo indefinitivamente nel laringe o nei polmoni, cagionare il marasmo e la morte.

Non v'ha niuno che non conosca l'istoria del Provenzale citato da Desault (1).

(1) Oeuvres chirurgicales, tom. II, pag. 258.

Un nocciolo di ciriegia era caduto nel laringe di quest'uomo, in seguito del quale accidente, manifestaronsi tutti i sintomi della tisi laringea: consultato Desault, propose la tracheotomia, che venne rigettata; l'ammalato, dopo due anni di patimenti, perì, e fu trovato il nocciolo nel laringe.

Lo stesso autore (2) rapporta l'osservazione d'un uomo tracheotomizzato da Ferrand, nello scopo d'estrarre una pietra ch'era stata introdotta nel laringe; l'estrazione non si potè effettuire, e l'ammalato morì.

La pietra era incastrata nei ventricoli del laringe.

In tutti i casi analoghi, salvo che il corpo introdotto nelle vie aeree non possa agire chimicamente sopra di esse, la soffocazione sarà il più urgente pericolo. Questo pericolo varierà, secondo che il corpo sarà più o meno grosso, secondo che sarà rugoso o liscio; ma l'indicazione sarà sempre d'estrarlo immediatamente, quando anche, come nel Provenzale di Desault, gli accidenti sembrassero sul momento calmarsi. Il temporeggiamento in questo caso potrebbe costar la vita all'infermo.

La tisi laringea deve essere separata dalla tisi tracheale?

Non abbiamo, in ciò che precede, fatto noi distinzione tra le ulcerazioni della trachea e quelle del laringe; è forse però necessario che dassimo a questo riguardo alcune spiegazioni.

Dopo le tesi che sono state pubblicate al principio di questo secolo sulla tisi laringea, e soprattutto dopo che il signor Cayol diede la sua monografia sulla tisi tracheale, la maggior parte degli autori han separato queste due malattie. Al principio di questa memoria, facemmo noi presentire qual era il nostro parere intorno a questa divisione; addurremo adesso i motivi che ci persuadono a rigettarla.

La tisi laringea e la tisi tracheale semplici sono malattie le quali, secondo gli autori eziandio partigiani della divisione, nascono nelle medesime circostanze, sotto l'influenza delle stesse cause predisponenti od occasionali; e nessuno ha giammai contrastato questo primo punto.

In secondo luogo, allorchè sono sintomatiche, le stesse malattie le producono; e ciò a tal punto, che le malattie che cagionano più frequentemente l'una, cagionano con più frequenza anche l'altra. Così i tubercoli polmonari ingenerano

(1) Ibid, tomo II, pag. 274.

l'ulcerazione del laringe più spesso che nol faccia, per esempio, la sifilide, e le ulcerazioni della trachea sono più comuni presso i tubercolosi che presso gl'individui attaccati di mal venereo, ec.

Esistono molto spesso insieme, siano esse semplici ovvero consecutive; e spesso ancora la stessa ulcerazione occupa simultaneamente il laringe e la trachea; così che ci fa maraviglia che il signor Cayol abbia nella sua tesi avanzato la contraria proposizione.

Non faremo parola, onde sostenere la nostra opinione, dei travagli del signor Louis, dai quali risulta che sopra 23 individui il di cui laringe offriva delle ulcerazioni, in *due* casi soltanto queste ulcerazioni non furono complicate con quelle della trachea: questi travagli sono posteriori all'epoca in cui scriveva Cayol; ma Lieutaud (1) si esprime così:

In cadavere cujusdam juvenis lue venerea laborantis occurrunt variae exostoses in facie interna cranii. Interiora Tracheae et Laryngis latera passim carie laesa conspiciebantur. *Pulmones deprehendebantur tuberculosi, cum thimo putrido. Variae insuper conspiciebantur in abdomine viscerum laesiones*, ec.

Lo stesso autore rapporta, *l. c.* lib. 2, n. 767 l'osservazione seguente:

Secto cadavere cujusdam juvenis phthisici, praeter vulgatissimam pulmonum stragem, Larynx et Trachea ulcus sordidum intus situm exhibebant. *Thimus*, ec. ec.

Morgagni (lettera 15, art. 13) dice: *Eo loco, tunica laryngem convestiens erat exulcerata quemadmodum et quae proximos annulos aliquot tracheae arteriae operiébat; quanquam hic levius.*

Fa maraviglia che il signor Cayol, il quale tradusse questa osservazione di Morgagni, non abbia osservato questa simultaneità di lesione del laringe e della trachea; non diciamo già che sarebbe stato ciò sufficiente per modificare la sua maniera di vedere relativamente al punto che noi discutiamo, ma non avrebbe almeno negato in un modo così assoluto l'esistenza di questo fatto.

Se ci fermiamo a combattere gli argomenti del signor Cayol a preferenza d'ogni altro, ciò facciamo perch'egli è il campione più formidabile della lotta, e perchè il suo nome fa oggi autorità su questa materia.

(1) Historia anat. medica, lib. IV, osserv. 81

Per altro, all'autorità così grave di Cayol, potremmo opporre quella non meno grave del signor Donble tra i nostri compatriotti; e tra gli stranieri quella di Borsieri e di G. Franck.

Non parliamo dell'opinione di Louis e d'Andral, non avendo qnesti due medici, nelle opere che abbiamo citate, espressato positivamente la loro maniera di vedere a questo riguardo. Intanto, sarebbe forse permesso di pensare, dietro ciò che ne han detto, di non annettere eglino una grande importanza al luogo che occupano le alterazioni della parte superiore delle vie aeree.

I sintomi della tisi laringea, dice il signor Cayol, differiscono da quelli della tisi tracheale. In quanto a noi, confessiamo che in molti casi non sapremmo distinguere con sicurezza queste due affezioni l' una dall' altra. All' articolo ove abbiam trattato dei sintomi, si vedrà, che spesso talnni ammalati affetti della lesione del laringe rapportavano il dolore ad un punto della trachea od anche alla parte superiore dello sterno.

La sensazione dell'infermo dovrà dunque in generale essere di poca importanza, per fissare la diagnosi anatomica; e in riguardo agli accessi di ortopnea che il signor Cayol considera come appartenenti esclusivamente all'ulcerazione della trachea (paragonata all'ulcerazione del laringe), le osservazioni di tracheotomia che abbiamo rapportate, osservazioni attinte tanto nella nostra propria pratica che in quella dei varii autori, mostrano abbastanza ciò che bisogna pensare di questa obbiezione. In qual modo spiegare, in fatti, nell'ipotesi di Cayol, il miglioramento considerevole che conseguita, nel più dei casi, all'apertura della trachea? Se l'ostacolo esistesse al di sotto dell'apertura artificiale, è chiaro che la respirazione non diverrebbe dopo l'operazione più facile di qnanto innanzi non era.

Non occorre il dire che noi non riguardiamo già come inntile la distinzione del luogo ove risiede l'alterazione organica; atteso che non deve dal medico trascurarsi nessuna delle condizioni della malattia; ma crediamo solamente che questa distinzione non sia di quella importanza da indurci a fare due malattie distinte di due affezioni che nascono nelle medesime circostanze, la di cui forma anatomica è presso a poco la stessa e delle quali pochissimo differisce il trattamento.

CAPITOLO III.

CAUSE

Dietro ciò che abbiam detto nel precedente capitolo, la tisi laringea non è una malattia *sui generis*, che si presenti sempre o quasi sempre con forme anatomiche simili.

Può, è vero, in talune circostanze esistere per se stessa, e senza che nulla si scorga nell'economia che possa spiegare il suo sviluppo: ma il più delle volte è la conseguenza di lesioni organiche diverse le quali, una volta sviluppate, divengono le vere cause della tisi laringea.

Queste lesioni sono di *natura* estremamente svariate, e sebbene siensi tutte comprese sotto la denominazione comune di tisi laringea, ciò è avvenuto perchè, in generale, esse provocano, attaccando il laringe, disordini funzionali sempre presso a poco gli stessi, e dipendenti molto più, siccome il dicevamo poco anzi, dalla destinazione speciale dell'organo che occupano, che dalla loro intima natura.

Per istudiare le cause di queste lesioni così diverse, bisognerebbe passare in rivista quasi tutto il quadro nosologico, sarebbe d'uopo discutere le cause dell'eritema il più lieve sino a quelle del cancro il più atroce. Noi però non crediamo che un tal travaglio debba qui trovar luogo.

Le osservazioni che abbiamo citate sono per altro abbastanza numerose e svariate, e la loro semplice lettura potrà, meglio che tutte le discussioni nelle quali potremmo entrare, far giudicar di queste cause così diverse.

Ed in vero, abbiam noi veduto la laringitide cronica con o senza ulcerazione, prodotta da un'angina laringea acuta divenuta cronica (osserv. LIX), dalla tracheotomia praticata in occasione del crup (oss. XV), da un grido acuto, (osserv. XLVI), da sforzi di voce abituali (oss. XX, XXXIII), da un coito smodato, (oss. XII), dalla masturbazione (oss. XIII). da esantemi periodici (osser. XXXIV), da un cancro (oss. XVIII), da tumori di diversa natura esistenti nel laringe (oss. I, ec.), dalla sifilide (oss. XVI e XVII), principalmente dalla tisi polmonare (ved. tra l'altre la notabilissima osservazione XIX). Non occorre dunque il dire che le costituzioni le quali sono le più proprie allo sviluppo delle malattie ulcerose croniche, e in specialità la costituzione scrofolosa e tubercolosa, singolarmente vi disporranno.

Inoltre, tutte le abitudini di vita che favoriscono lo svi-

luppo di queste costituzioni, dovranno anche essere considerate come predisponenti della tisi laringea.

Certi tumori sviluppatisi fuor del laringe e della trachea e comprimenti questi organi, possono del pari dar luogo alla tisi laringea, siccome lo provano le seguenti osservazioni.

Osservazione IV (1).

Dispnea estrema.—Disfagia.—Morte.—Tumore tubercoloso suppurato apertosi nella trachea e comprimente la trachea e il faringe.

« Mulier octogenaria major, de spirandi, deglutiendique
« difficultate, cum facium ardore conjuncta, multos jam dies
« querebatur, cum in nosocomium Patavinum excepta est.
« Ibi, tam gravi paroxysmo difficilis respirationis corripi-
« tur, ut eo propemodum exanimetur. Servatur tamen, con-
« sequente sputo graveolentis puris, cui sanguis admistus
« erat. Cum mulier laryngem tanquam morbi sedem non
« modo indicaret, sed digitis prehendendo antrorsum trahe-
« ret, et sic paulo facilius spiritum duceret; introspectae
« sunt fauces, et uvula quidem, atque ascendentes ad ipsam
« musculosi arcus apparuerunt retrorsum arcti; ut id pha-
« ringis orificium, quod ad os est, dilatatum videretur, ea-
« que loca paulo magis ruberent quam soleant; sed nihil
« praeterea conspicere licuit; sic dies quindecim, aut eo am-
« plius, cum iis sputis et difficultate respirandi mulier per-
« stitit, donec magis, hac urgente, irritis omnibus auxiliis,
« conficeretur circiter kalendas septembris anni 1725.

Collum, in quo evidens erat morbi causam latere, dissectum est; eaque ad hunc modum inventa. In asperae arteriae tergo, intervallo transversi pollicis infra cartilaginem cricoideam, tumor excreverat ad magnitudinem dimidiatae nucis juglandis, gulam quidem retropositam premens, sed arteriam illam multo magis; ut hujus viam ibi angustissimam redderet, in qua per oblongam patebat scissuram. Hac dilatata, tumoris cavum inspectum est putrida refertum materia, pariete autem comprehensum interius duro, exterius vero ex quibusdam quasi milii granulis facto subflavi coloris. Ex quibus duae quoque constabant glandulae, tumori extrinsecus proximae, singulae modicum pisum aequantes; ut ex una,

(1) Morgagni. *De sed. et causis morb.* epist. 15 art. 15.

harum simili, sed magis adaucta effectum esse tumorem appareret. Ex gula sectione perducta ad pharyngem, haec intus maxime rugosa comperta est, sic tamen, ut digitis rugas dissolvere liceret, pharynyemque ad amplitudinem justam reducere.

Osservazione V (1).

Tumore suppurato situato tra l'esofago e la cartilagine cricoide.—Disfagia, afonia, sintomi della tisi polmonare all'ultimo grado.—Morte. — Necrosi della cartilagine cricoide.—Edema della glottide.

Una donna di nome Manque, parigina, d'anni 64, mercante di vino, entrò all'ospedale il 4 luglio 1834. Era ella d'una costituzione gracilissima; il sistema piloso era poco sviluppato; il sistema muscolare presentava lo stato di marasmo al primo grado. Io ebbi poche informazioni sugli antecedenti di quest'inferma, non avendo potuto interrogarla che la vigilia della sua morte, quando era già in uno stato disperato, e quando non poteva parlare che con somma difficoltà.

Non ebbe ella mai raffreddori, nè fu soggetta ad infreddarsi; non soffrì mai sputo di sangue, non dispnea abituale. Dieci anni addietro ebbe una flussione di petto, con dolor costale a manca, che durò venti giorni, senza che le fosser rimaste nè tosse, nè dispnea. Un mese prima aveva sofferto una febbre violenta, complicata con delirio, che il suo medico, ella disse, caratterizzò per flussione di petto.

Ma di quest'ultima affezione non ricordava essa alcun sintomo; fu salassata tre volte in due giorni nel corso di questa malattia, e le si applicarono più vescicatorii sulla parte posteriore manca del torace.

Mestruata a sedici anni, continuò sempre ad esserlo sino all'età di quarantasette anni, epoca in cui la mestruazione cessò; le regole duravano da due a tre giorni: ella ebbe tre figli.

Giaceva inferma da tre settimane all'Hotel-Dieu dal quale era da poco tempo sortita: il suo male cominciò con un dolor sordo nella regione posteriore della gola, di modo che

(1) Questa osservazione ci è stata comunicata dal signor Vernois, interno degli ospedali. Noi credemmo di dover lasciar parlare l'autore.

la difficoltà d'inghiottire fu uno dei sintomi i più pronti a manifestarsi.

La difficoltà della respirazione apparve presso a poco alla stessa epoca e andò sempre crescendo. Con questi segni esisteva una tosse molestissima eccitata dalla difficoltà della respirazione, e questa tosse era seguita dall'espettorazione d'un liquido quasi gommoso, senza mucosità dense. L'appetito non si perdè a un tratto, ma l'inferma trovavasi ridotta ad una dieta forzata, a cagion del dolore eccitato dal passaggio degli alimenti nel faringe e nell'esofago: ella aveva già cominciato sin nella sua casa ad avere delle rigurgitazioni.

Lo smagrimento in cui era all'uscir dall' Hotel-Dieu non fece che aumentare, soprattutto allorchè a queste cause venne ad aggiungersi una diarrea serosa abbondate. La voce dell'inferma era sensibilissimamente alterata; ella non oppose nella propria casa verun trattamento attivo a questa affezione, e, spinta finalmente dalla gravezza dei sintomi, si fece trasportare all'ospedale della Pietà, dove fu ricevuta immantinente.

Alla visita del 5, ci si offerì nello stato seguente:

Capelli biondi-grigi, poco abbondanti, pelle secca, smagrimento all'ultimo grado, decubitus sul dorso, ma sopra un piano elevatissimo.

Stordimenti, vertigini, tintinni d'orecchie ma non costantemente; nessun dolore nelle membra, intelligenza chiara; a quando a quando, abbattimento considerevole; nulla di notabile in riguardo agli occhi, se non che le pupille erano alquanto ristrette; narine secche, labbra per istanti violette, lingua partecipante un poco di questo colore; sete ardentissima, tanto più che l'inferma poteva appena soddisfarla; anoressia perfetta, deglutizione diggià difficilissima; frequenti rigurgitazioni d'ogni specie di alimenti, sensazione di peso e di costrignimento al faringe; nessun dolore all'epigastrio; ventre incavatissimo, niente doloroso. Copiose scariche liquide, urine rare, assenza di sudori.

Tosse frequentissima, espettorazione mucosa, puriforme, con una schiuma abbondante. Voce assolutamente roca; dispnea considerevole; respirazione alta (36 per minuto), dolore leggiero al laringe eccitato dalla pressione; rantolo tracheale strepitosissimo. Ascoltazione praticata assai leggermente senza alcun risultamento esatto. Notossi intanto nel foglio d'osservazione: respirazione vescicolosa, molle, suono chiarissimo; diagnosi: *tisi all'ultimo grado.*

Prescrizione: un bicchiere di decozione bianca di Sydenham, e una pozione con un'oncia di sciroppo diacodio.

Il 6, lo stesso stato generale; la dispnea ritorna, per istanti, molto più forte; sonno nessuno. Si continua lo stesso trattamento. Lo stesso stato nei giorni 7, 8 e 9, ma la dispnea e la disfagia fecero grandissimi progressi: l'ammalata poteva appena inghiottire alcuni sorsi di tisana, di cui vomitava i tre quarti, ciò che attribuivasi all'ulcerazione dell'epiglottide, e al dolore che cagionava il contatto d'un liquido con queste parti. Il volume e la forma del collo nella regione del laringe non furono con diligenza notati nel corso di questi ultimi giorni. Ma la voce finì coll'estinguersi, e l'inferma era in uno stato imminente d'asfissia. Il 9, alla visita della mattina, il polso osservavasi ora durissimo per alcuni momenti, ora affatto insensibile per altri istanti. La tosse disparve, del pari che l'espettorazione, e questi sintomi, aumentando d'intensità, produssero la morte dell'inferma, il 10 luglio a un'ora del mattino.

Io feci l'apertura del corpo il giorno 12 a 8 ore del mattino. Effusione di serosità limpida citrina nelle due pleure (una libbra circa); aderenze antiche, fortissime, verso la base del polmone manco. Aspetto turchiniccio dei polmoni, i quali galleggiavano sull'acqua, ed erano ingorgati di sangue nero. Tubercoli in nessun punto. Volendo distaccare il laringe, sentii colle dita un tumore che ne occupava la parte posteriore, e comprimeva fortemente l'esofago; tolsi queste parti con precauzione, ed incisi dall'esofago. Era questo alquanto ristretto a livello del punto compresso, ma non sensibilmente dilatato al di sopra. Non eravi alcuna comunicazione tra questo tumore e l'esofago o la trachea. Un tumor fluttuante esisteva tra le facce anteriore dell'esofago e posteriore della cartilagine cricoide. Quando fu aperto, ne scappò una mezza oncia circa di pus concreto, viscoso, giallo, verdiccio, che aveva distaccato tutto il tessuto cellulare sotto-mucoso della parte superiore del laringe, e ricalcato fortemente in dietro la membrana mucosa esofagea.

Evacuato il pus, lasciò a nudo una cavità nella quale sarebbe penetrata facilmente una grossa noce. Le pareti di questo focolare erano tappezzate di false membrane, giallognole, purulente, costituite di molti strati soprapposti. Il tessuto cellulare circonvicino era friabile, ma senza focolari purulenti. La cartilagine cricoide era interamente denudata. I suoi bordi erano cariati, somiglianti alla pietra pomice, e, più in alto, eran duri e quasi ossificati. La glottide era in-

teramente difformata. Le labbra o gli orli e le due corde che limitano la parte inferiore dei ventricoli, erano tumefatte ed obliteravano perfettamente la canna della trachea. Se guardavasi a traverso di essa, alla guisa d'un occhialino, si scorgevano appena alcuni raggi di luce. La membrana mucosa, del resto, era rossa ed inghiettata, ma non offriva alcuna ulcerazione, come nemmeno l'epiglottide, la quale era solamente un poco edematosa. Le altre parti del laringe e dei bronchi non erano alterate. La trachea conteneva molta quantità di muccosità piene d'aria.

Cuore. Tutto il suo tessuto era ingorgato di sangue nero; le cavità destre soprattutto eran ripiene di grumi di color turchiniccio. Niuno ostacolo esisteva agli orificj.

Stomaco. Ristrettissimo, coperto interamente di rughe, e d'un aspetto generalmente bigiccio. Intestino, senza alterazione notabile. Il colon solamente offriva delle rossezze rarissime. L'utero era piccolo, e presentava nell'interno molti piccoli polipi peduncolati, i quali sembravano pigliar origine dalla mucosa istessa.

Reni e vescica sani.

Il cervello non fu aperto.

In questa osservazione, noi vediamo un tumore sviluppatosi tra l'esofago e la cartilagine cricoide cagionare non solo tutti i sintomi della tisi laringea, ma quelli della tisichezza polmonare, al punto che il signor Andral, dietro un esame superficiale egli è vero, fece scrivere sul foglio della diagnosi: tisi polmonare all'ultimo grado.

Non v'ha dubbio che quì, oltre l'alterazione della cartilagine cricoide, un ascesso considerevolissimo, avuto riguardo al luogo che occupava, impediva la deglutizione del pari che la respirazione, in guisa che l'inferma ha dovuto morire d'asfissia insieme e di fame. Quindi è che i polmoni si videro ingorgati di sangue nero e lo stomaco ristrettisimo. Questa osservazione è preziosa in quanto che mostra riunite nella stessa persona, due cause di morte, e conferma ciò che diremo più sotto circa la maniera in cui può la morte avvenire nella tisi laringea.

Osservazione VI (1).

Sforzo violento per prevenire una caduta. — Dolore alla parte superiore dello sterno.—In seguito, tumore al davanti della trachea.—Morte.—Tumore al lato destro della trachea e distruzione di tre anelli di questo condotto —Comunicazione dell'ascesso colla trachea. — Assenza di tubercoli polmonari.

Una donna d'anni quaranta, d'ottima salute, stando un giorno in piedi sopra una sedia, fece uno sforzo violento per prevenire una caduta imminente, e sperimentò al medesimo istante un violento dolore verso la parte superiore dello sterno. Questo dolore disparve da se nel giro di pochi giorni. Dopo quindici giorni, ricomparve, e manifestossi al davanti della trachea un tumore di mediocre grossezza il quale disparve, al pari che il dolore, sotto l'influenza d'un empiastro di cui s'ignora la composizione.

Otto mesi appresso, cefalalgia, difficoltà della respirazione che andò crescendo nel corso di due mesi, e costrinse l'inferma ad entrare nell'ospedale dell'Unità.

Presentava allora i sintomi seguenti : alterazione poco sensibile della fisonomia, respirazione difficilissima, minaccia qualche volta di soffocazione; gonfiamento leggiero, alquanto doloroso al toccare, al di sopra dello sterno e al davanti della trachea. Tosse frequente, sputi mucosi, abbondanti, deglutizione difficile e dolorosa, al momento in cui il bolo alimentare giungeva a quella parte dell'esofago che corrispondeva al punto malato; polso piccolo, stretto, frequente.

Il signor Corvisart sospetta un tumore nelle pareti della trachea e presagisce un esito funesto. *Trattamento addolcente.*

Dopo una quindicina di giorni, tutti i sintomi si vedono migliorati, e nasce una debole speranza di veder risoluto il tumore.

Alquanti giorni più tardi (1 germinale anno IX) si manifesta del pus negli sputi, e ben tosto cresce la sua quantità.

Il 16 germinale, vescicatorio al braccio.

19 *Idem.* Esasperazione dei sintomi, respirazione diffici-

(1) Estratta dalla tesi del signor A. Saurec. Germinale anno X.

lissima, necessità della posizione verticale del tronco, peggioramento.

20 *Idem*. Decomposizione dei lineamenti, disordine delle funzioni.

21 *Idem*. Faccia cadaverica, morte nel corso della notte.

Autopsia. Polmoni sani in tutta la loro estensione; vicino alla biforcazione della trachea, videsi un tumore poco voluminoso, montante sul lato destro di questo condotto, ed avente la larghezza di circa due pollici. L'interno di questo tumore era bruno ed offriva un aspetto orrido; tre degli anelli sottostanti erano a metà distrutti, del pari che la mucosa corrispondente, ciò che stabiliva una comunicazione del tumore coll'interno della trachea.

La membrana tracheale era ingorgata nel rimanente della sua estensione sin nei polmoni, e ricoperta d'una mucosità bruniccia e mescolata a particelle bianche della natura stessa degli sputi

Osservazione VII (1).

Dolore di gola.—Disfagia.—Dispnea. — Soffocazione imminente.—Tracheotomia.—Disfagia assoluta.—Morte. — Ascesso considerevole, che comprimeva la trachea e l' esofago e comunicava mediante un'erosione colla parte superiore del laringe.

Una donna era da un mese ammalata, con dolore alla gola, e difficoltà d'inghiottire che andava sempre aumentando. Salassi generali e locali senza alcun vantaggio.

Il dottor Carmichael vide l'inferma in uno stato tale che si credè obbligato a praticare immantinente la tracheotomia.

Ebbe luogo un'emorragia che si riuscì finalmente ad arrestare; la respirazione fecesi per la ferita e l'ammalata sentissi più sollevata; ma la deglutizione rimase quasi impossibile. Non potendosi introdurre una sonda di gomma elastica nell'esofago, l' inferma non poteva alimentarsi ; tre giorni dopo l' operazione, cacciò dalla bocca una certa quantità di pus, indi spirò.

Autopsia. Ascesso che estendevasi dalla seconda o terza vertebra cervicale sino alla sesta o settima, comprimente l'esofago e la parte superiore della trachea, e comunicante,

(1) Transazioni irlandesi del 1820.

per mezzo d'una erosione limitatissima, colla parte superiore del laringe; da ciò in fuori, tutta l'estensione delle vie aeree era in buono stato.

Indipendentemente da queste cause relative alla costituzione, n'esistevano altre due delle quali è difficile la spiegazione; vogliamo parlare dell'età e del sesso.

Età. È raro che la tisi laringea si sviluppi prima della pubertà, ed è poco comune nella vecchiezza; tra tutti i soggetti che abbiamo noi osservato e quelli dei quali abbiamo rapportato le istorie, pochi ve n'ha che avessero meno di venti anni e più di cinquanta; la maggior parte erano tra il trentesimo e il quarantesimo quinto anno. Nulla dimeno, sotto i n. 11 e 59 citiamo due osservazioni di fanciulli manifestamente attaccati di tisi laringea; e sotto il n. 13 l'istoria di due altri che furono attaccati di laringitide cronica in conseguenza della tracheotomia.

Quest'osservazione relativa all'età è stata fatta da tutti gli autori i quali hanno scritto sulla malattia che ci occupa.

Giuseppe Franck (1) così si esprime.

« Si infantes phthisi laryngeae venereae affectos excipiam, « fateri debeo, omnes aegrotos pubertatis epocham superasse; « plurimi inter 30 et 40 aetatis annum versabantur.»

Sesso. É costante, dietrò una serie d'osservazioni fatte dal 1816 al 1821 all'ospedale della Pietà dal signor Serre, e soprattutto dal signor Louis, nel suo bel lavoro sulla tisi polmonare, che le alterazioni del laringe e della trachea sono, nei tubercolosi almeno, una volta più frequenti presso gli uomini che presso le donne. Il riassunto più circostanziato di queste osservazioni si troverà nel paragrafo relativo all'alterazioni organiche.

Franck, del quale ci piace d'invocar l'autorità, attesochè le sue osservazioni dimostrano che non solamente in Francia sia stata notata questa singolare influenza del sesso sulla produzione della tisi laringea, si esprime così al t. VI, pag. 206.

« Solum novem feminas inter aegros meos invenio, et inter « istas quinque morbum ex syphilide acquisivere. Quae ob« servatio, si cum illa in capite praecedente allata comparatur, « patet, laryngem marium reverà longe magis quam illum « feminarum morbis obnoxium esse. Interea et observationem « contrariam experientia mea suppeditat; die enim 17 mensis « octob. 1816 pro viro phthisi laringea laborante in consilium « vocatus sum, qui se jam tres sorores eodem morbo ami« sisse retulit.»

(1) Praxeos medicae, tomo VI, pag. 203.

Queste osservazioni relative all'età e al sesso, si conciliano nella maniera la più evidente; vediamo noi, in fatti, le donne meno soggette che gli uomini all'alterazione del laringe; e i fanciulli, la costituzione dei quali ha tanta analogia con quella delle donne, entrar a parte della stessa immunità.

Come cause della tisi laringea verranno annoverate le affezioni acute del laringe, gli esercizj sforzati della voce, i frequenti catarri, le ripercussioni degli erpeti, i colpi, le cadute, le ferite, gl'infreddamenti, i corpi stranieri introdotti dal di fuori, ec. Queste cause saranno tanto più atte a produrre la tisi laringea secondochè l'individuo avrà, a un più alto grado, il marchio d'una delle costituzioni che vi predispongono, o che sarà stato più lungamente esposto all'influenza delle condizioni di vita, di cui già abbiamo parlato.

CAPITOLO IV.

SPECIE

§ 1. È cosa difficile il classificare le malattie in un ordine tale che soddisfaccia nel tempo stesso lo spirito e la verità. Se ci facciamo anzi a considerare gli sforzi che, dopo Sauvages, sono stati fatti da tanti uomini insigni onde riuscire ad una buona classificazione nosologica, e il risultato da essi ottenuto, potremo asserire con qualche sicurezza che una tale intrapresa è superiore alle forze umane.

Ed in vero, le malattie son cose così complesse, e dipendenti nel tempo stesso dalla causa che le produce e dalla disposizione del soggetto che le sopporta, e tante sono le circostanze che nelle cose che ci circondano possono, ad ogni istante, modificar l'una e l'altra, che ciò ch'è vero per un individuo cessa d'esser tale per un altro, e spesso per lo stesso individuo, tostochè un cangiamento ha avuto luogo in lui o negli oggetti che l'attorniano.

Di più, le malattie essendo funzioni e non enti, queste funzioni anormali possono, siccome le funzioni normali, variare per ciascun individuo e per ciascuna condizione di vita in cui trovisi egli collocato.

Sia dunque che si classifichino le malattie secondo i loro sintomi o secondo le lesioni anatomiche che ne sono la causa o l'effetto, si ometterà sempre qualcuno degli elementi del problema; e si avrà quindi una classificazione difettosa.

Abbiam noi voluto entrare in queste particolarità onde prevenire le obbiezioni che protrebbersi fare alla classificazione ch'è stata da noi adottata, e per dimostrare, nel tempo stesso, sino a qual punto vi annettiano dell'importanza.

Divideremo la tisi laringea in quattro specie principali, cioè:

1. *Tisi laringea semplice* : con tal nome chiameremo noi quella ch'è prodotta dalle cause comuni di flemmasie in generale.

Taluni medici commendevoli ricusano ancor oggi di riconoscere l'esistenza della tisi laringea indipendente dalla tisi polmonare; si capisce in fatti che pria della scoperta dell'ascoltazione, e ad un'epoca in cui l'anatomia patologica era poco dei medici coltivata, siensi allo spesso potuto prendere per tisi laringee semplici certe malattie del laringe che complicavano il rammollimento dei tubercoli polmonari. Quindi è che i partigiani dell'opinione che noi combattiamo accusano sempre d'inesattezza i fatti prima di loro osservati, appoggiandosi all'insufficienza dei mezzi d'esplorazione degli organi toracici prima di Laennec.

Ci è sembrato quindi importante di raccogliere sopra questo soggetto la testimonianza dei medici i quali, avendo proclamato l'esistenza isolata della tisi laringea, anteriormente alla scoperta dell'ascoltazione, avevan potuto, più tardi, ajutandosi di questo mezzo prezioso di diagnosi, confermare in tal guisa le loro proprie idee.

Il signor Double, il quale, uno dei primi in Francia (*Seances de la Societè de medecine*, an. XIV), aveva indicato l'esistenza d'una tisi laringea indipendente dalla tubercolizzazione dei polmoni, ha potuto, dopo quest'epoca, raccogliere nuovi fatti i quali, coll'appoggio dell'autopsia o dell'ascoltazione, l'han confermato nelle sue prime convinzioni. Questo onorevole pratico ci permetta di citar qui la sua testimonianza. La sua opinione, che ha egli ha avuto occasione di parteciparci in alcune consultazioni e nelle conversazioni scientifiche, può riassumersi in questi termini:

« Non v'ha dubbio che, in varj casi, la tisi laringea va « unita alla tisi polmonare; ma, in molte circostanze ancora, « la tisi laringea non è accompagnata da veruna lesione dei « polmoni. Numerosi fatti, rischiarati ad un tempo dalla « sintomatologia, dall'ascoltazione e dalle necropsie, mettono « questa proposizione in tutta l'evidenza.»

Il signor Cayol, il quale, alquanti anni appresso, aveva sostenuto la medesima opinione, è restato saldo nelle me-

desime idee; e noi abbiamo spesse volte inteso Laennec istesso, al quale non si ricuserà certamente nè l'abitudine dell'ascoltazione, nè le necessarie nozioni in anatomia patologica, dimostrare, con fatti numerosi, osservati nella sua pratica, l'esistenza della tisi laringea, indipendentemente dalla tisi polmonare. (Ved. le osservazioni 8, 9, 9 *bis*. 10, 11, 12, 13, 14 e 15.)

2. *Tisi laringea sifilitica*: quella che sarà prodotta da ulcere veneree primitive o consecutive, sia ch'esse abbiano attaccato il laringe di prima giunta, sia che vi si sieno propagate dal faringe. (Osserv. n. 16, 17, 49, 49 *bis*. 49 *ter*, 50 e 51.)

3. *Tisi laringea cancerrosa*: quella che dipende dallo sviluppo d'un tumore cancerroso nel laringe (Osserv. n. 18.)

4. Finalmente, *Tisi laringea tubercolosa*: quella che comincia a manifestarsi dopo che siasi riconosciuta l'esistenza di tubercoli polmonari (Osserv. n. 19, 20, 21, 22 e 22 *bis*.)

Potremmo forse ammettere l'esistenza d'una quinta specie di tisi laringea che potrebbesi chiamare erpetica, ma non abbiamo sufficienti fatti onde stabilire questa specie.

Nulladimeno, rimettiamo al giudizio del lettore l'osservazione seguente.

Madamigella...d'anni 21, fu attaccata d'un eczema del cuojo capelluto; ben tosto, questo eczema lasciò il cuojo capelluto per portarsi alla faccia; indi propagossi all'ale del naso, e di là nell'interno delle fosse nasali. Allora la faccia era guarita. Ben tosto le fosse nasali migliorano, ma si dichiara un mal di gola intensissimo; indi, questo dileguatosi, sopravviene una tosse ostinata ed un'estinzione di voce quasi totale. Si prescrive un trattamento topico sul laringe: gli accidenti si dissipano, ma l'eczema ritorna alle fosse nasali e all'ale del naso. Un nuovo trattamento locale lo fa disparire da queste parti, ma dopo quindici giorni n'è attaccato di nuovo il laringe. Fu deciso di fare un trattamento generale coi bagni solforosi, colle preparazioni mercuriali e le tisane amare; in allora, gli accidenti disparvero; ma madamigella.... restò sempre soggetta a divenir rauca per la causa la più leggiera.

ESEMPII DI TISI LARINGEA SEMPLICE

Osservazione VIII (1).

Catarri frequenti.—Dispnea sempre crescente.—Emottisi.—Voce acuta, poi rauca.—Morte al sesto mese.—Granulazioni glandolose della trachea e del laringe.—Assenza di tubercoli polmonari.

Conobbi una donna di circa trenta anni ch'era andata di frequente soggetta ad infreddamenti catarrali. Finalmente vi si aggiunse la febbre *con uno sputo di sangue* ed una grande difficoltà di respiro. Non volle essa mai consentire ad essere salassata; le regole si soppressero e le sopravvenne un dolore verso il laringe. Il suono della voce fu sul principio acuto e poi rauco. L'inferma non poteva trovar sollievo in nessuna posizione, e respirava egualmente con pena, sia che restasse coricata nel letto, sia che si tenesse in piedi; solamente quando inclinava la sua testa verso il petto, la sua respirazione diveniva alquanto meno difficile; il suo polso era stretto e frequente. Ella morì verso il sesto mese di sua malattia *senza aver sofferto nè sudori notabili, nè diarrea colliquativa.*

L'apertura del suo corpo fece vedere che la sede della malattia era nel laringe e nella trachea-arteria. La membrana interna di questo condotto era rossa e coperta di granulazioni glandolose che turavano una parte del canale aereo. Se ne osservavano due nel laringe d'una grossezza molto maggiore.

La sostanza del polmone era sana.

I vasi solamente parevano alquanto più ripieni di sangue che per l'ordinario non sono. L'orecchietta destra del cuore e il ventricolo corrispondente contenevano anche molto sangue.

Secondo Portal, vedesi frequentemente la tisi polmonare succedere alla tisi laringea e tracheale, *perchè,* egli dice, *i polmoni finiscono coll'affettarsi ancor essi.*

In quest'osservazione, abbenchè lasci a desiderar forse qualche dettaglio, vedesi nulladimeno che l'ammalata ha succombuto ad un'asfissia lenta. Il marasmo non ebbe luogo; la respirazione era continuamente difficile, e l'ammalata era

(1) Estratta dall'opera di Portal, obs. sur la nature et le traitement de la phthisie; Parigi, 1809, pag. 189

costretta, per respirare, di tenere la testa inclinata in avanti; finalmente, i polmoni, i loro vasi e quelli di tutto il corpo presentavano egualmente lo stato d'ingorgamento che segue per ordinario la morte per asfissia.

Osservazione IX (1).

Infreddamenti frequentemente rinnovati.— Emottisi. — Tumefazione del laringe.—Trattamento emolliente.—Morte. —Ulcerazione d'una dell'aritenoidi e d'uno dei legamenti ariteno-epiglottici.—Assenza di tubercoli polmonari.

Il 16 vendemmiaro anno VIII, un chiodaiuolo di 39 anni, grande di corpo e di robusta costituzione, entrò all'ospedale. Egli era ammalato da lungo tempo, e dichiarò d'aver sofferto frequenti e forti raffreddori.

La malattia cominciò con un'emottisi considerevole che si rinnovellò pochi giorni dopo, ma con minor violenza. Fu allora trasferito all'ospedale.

Faccia dimagrita, lineamenti alterati, lingua naturale, gola indolente, voce abolita, laringe ingrossato di volume.

Petto sonoro in tutti i punti e senza alcun dolore.

Il laringe, abbenchè senza dolore, pareva essere la sola parte affetta.

Il professore Corvisart dubita d'un'ulcerazione della sua membrana e forma un pronostico sinistro.

Bevanda addolcente e fumigazione d'acqua tiepida.

23.—Lo stesso stato. In questo giorno, l'infermo lagnossi di dolore nello interno del laringe.

Vescicante sul luogo doloroso.—Lo stesso regime.

24.—Sollievo notabile, tosse rara, penosa, sputi mucosi.

26.—Ritorno del dolore alla gola, difficoltà della deglutizione, fiochezza costante della voce, veglia.

Nei primi giorni di brumaro, tutti i sintomi si esasperano; *sopravviene una diarrea ostinata che riduce l' infermo agli estremi.*

12 *brumaro*. Espettorazione, per la prima volta, di molta muccosità purulenta. Tosse dolorosissima, e penosissima.

I tre giorni seguenti passano trai patimenti e le angosce. Morte il 15.

Autopsia. Il professore fece notare pria dell' apertura del

(1) Estratta dalla tesi del signor A. Sauvee.

corpo che il dimagramento era molto minore di quello che si suole osservare nelle persone che muojono di tisi polmonare. Egli aveva diggià avuto occasione di fare più volte questa osservazione.

La parte superiore del faringe pareva d'aver sofferto un qualche ristrignimento. Una delle cartilagini aritenoidi trovavasi ulcerata, e il legamento superiore manco della glottide distrutto dalla stessa ulcerazione.

L'apertura del petto non appalesò nulla di particolare.

Osservazione IX bis (1).

Enfisema polmonare generale.—Affezione organica del cuore.—Morte per asfissia.—Laringitide edematosa, flemmonosa ed ulcerosa, non conosciuta durante la vita.

Il 7 dicembre 1836, Luigi Godard, d'anni 60, carrettiere, del dipartimento dell'Aisne, fu coricato al n. 17 della sala San Leone, nell'ospedale della Pietà. Quest'uomo, d'una costituzione robustissima, era attaccato d'un enfisema polmonare generale a un grado eminente, e ne presentava tutti i sintomi sì locali che generali. Portava ancora una malattia del cuore ch'era stata caratterizzata per ipertrofia del ventricolo manco con leggiero ristringimento aortico. Caduto in uno stato d'asfissia imminente, l'infermo n'era stato sottratto per mezzo dei salassi generali e dei vescicatorj. Pur tuttavia ricadeva di quando in quando in questo stato d'asfissia, indi si sollevava un poco. Finalmente uno di questi attacchi divenne più lungo, più permanente, l'infermo s'indebolì all'estremo, ed osservossi tra gli altri fenomeni la perdita quasi totale della voce; ma niun altro sintomo richiamando l'attenzione dal lato del laringe, nè accusando l'infermo alcun dolore in questo punto, l'afonia fu naturalmente attribuita allo stato d'estrema debolezza in cui era egli caduto.

Perdita sulle prime incompleta della voce, indi completa la vigilia e il giorno della morte. Respirazione difficile, eseguita con isforzo, sonora, rauca, d'un tuono grave tanto nell'inspirazione che nell'espirazione; morte il 30 dicembre 1836.

L'autopsia fu fatta l'indomani, 31, venti ore dopo la morte. Enfisema polmonare considerevole e generale: effusione serosa nelle pleure, ipertrofia considerevole del ventricolo manco

(1) Raccolta dal signor Fournet, interno degli ospedali.

con insufficienza della valvola auricolo-ventricolare manca, e piastre d'ossificazioni, sporgenti nell'interno dell'aorta.

In quanto al laringe e alla trachea, ci sorprese molto di trovarli nello stato seguente :

Il laringe e la trachea presentavano nel loro interno una rossezza estremamente vivida unitamente ad un piccolo punteggiamento bianchiccio, ciascun punto del quale non era che il fondo d'un'ulcerazione superficiale, che intaccava solamente la grossezza della mucosa. Le ulcerazioni divenivano sempre più numerose a misura che si approssimavano all'apertura superiore del laringe. Due di esse, di maggior estensione, avevano la lor sede sopra ciascun legamento superiore della glottide. Queste ulcerazioni estendevansi sin sull'epiglottide e i legamenti ariteno-epiglottici. Un gonfiamento considerevole, edematoso insieme e flemmonoso, occupante tutto l'interno del laringe, aveva fatto quasi totalmente disparire le cavità dei ventricoli laterali. I legamenti ariteno-epiglottici erano, in tutta la loro estensione, la sede d'un gonfiamento edematoso considerevolissimo.

Le alterazioni sudette, rossezza, ulcerazioni, gonfiamento flemmonoso ed edematoso, andavano aumentando a misura che più si avvicinavano all'apertura superiore del laringe; diminuivano al contrario rapidamente da alto in basso; divenivano presso che nulle all'alto della trachea, e totalmente scomparivano verso la metà della sua altezza.

Osservazione X (1).

Catarro acuto con dolore di gola, indi rochezza della voce. —Trattamento emolliente.—Sollievo. — Ricaduta. — Vivo dolore nel laringe.—Tosse profonda.—Sputi purulenti.— Voce grave e cavernosa.—Morte il 43° giorno.— Ulcerazione della membrana mucosa laringea.—Carie delle aritenoidi.—Trachea arteria intatta, polmoni sani.

Una donna di 34 anni fu attaccata di catarro con febbre, mal di gola e sputi mucosi. Ben tosto il laringe divenne doloroso, e la voce alquanto rauca. Gli addolcenti, i lassativi produssero un poco di sollievo, ma il trentesimo terzo giorno dalla comparsa dei primi accidenti, l'inferma commise molte

(1) Journ. de med. di Corvisart, Leroux e Boyer, vol. IX, pag. 185

imprudenze di regime, e il male ripigliò con una nuova intensità.

Il petto non era affatto dolente, ma dolorosissimo il laringe. La febbre divenne intensissima e la tosse estremamente penosa. Gli sputi non tardarono a prendere l'aspetto purulento. La tosse, profonda e grave, poteva essere comparata al muggito del toro; finalmente l'ammalata spirò il quarantesimo terzo giorno.

Autopsia. « Ulcerazione della membrana mucosa del laringe; « le cartilagini aritenoidi erano affette di cariè e trovavansi « ricoperte d'una sanie purulenta ch'esalava un odor fetidis« simo. La trachea-arteria non pareva in conto alcuno affetta; « l'esofago conservava la sua integrità, e *i polmoni erano « sanissimi*, al pari che tutte le parti contenute nella cavità « toracica.»

« L'apertura del ventre non offerse nulla di particolare.»

Osservazione XI (1).

N....di anni dodici, di temperamento sanguigno, viene attaccato di febbre acuta con delirio.

Il quarto giorno, dolore alla gola, voce rauca e sibilo (fumigazioni emollienti ed applicazione di vescicatorj sul laringe.)

L'ottavo giorno, dopo un miglioramento notabile per alcuni giorni, la malattia pareva tendere a giudicarsi favorevolmente.

Il decimosettimo, il dolor del laringe diviene più sensibile, la deglutizione dei liquidi difficile, la tosse frequente, il polso piccolo, accelerato.

L'espettorazione si fa abbondante, i lineamenti della faccia si alterano; si manifestano finalmente copiosi sudori ed una diarrea colliquativa, e l'ammalato soccombe a capo d'un mese di malattia.

Autopsia. Il laringe conteneva un liquore bigiccio, l'epiglottide era assottigliata, la cartilagine cricoide inspessita in alcuni punti ed ulcerata in altri.

Sventuratamente il signor Laignelet non parla dello stato dei polmoni; è però presumibile che se avessero presentato alterazioni importanti non sarebbesi egli astenuto di accennarle.

(1) Estratta dalla tesi del signor Laignelet.

Osservazione XII (1).

N....parruchiero, di diciotto anni, di temperamento linfatico, sperimenta, in *conseguenza d'eccessi venerei*, dei dolori al laringe; la voce si altera di tempo in tempo, la respirazione diviene a poco a poco impacciata, la deglutizione dei liquidi difficile; scappano qualche volta dell'ondate d'un sangue schiumoso e vermiglio, e si fanno osservare la sera dei brividi generali ed irregolari.

Dopo cinque mesi di malattia, entrò all'Hôtel-Dieu; presentava allora: dimagrimento generale, pelle bianca, occhi incavati, faccia aggrinzata, guance coloratissime, dolor di gola intenso, voce più alterata, sputi purulenti e rotondi, sudori notturni, polso piccolo e frequente.

Morte dopo quattro mesi di dimora all'ospedale.

Autopsia. Le membrane mucose laringee erano interamente ulcerate, e le cartilagini aritenoidi l'erano in varj punti.

I polmoni non presentavano nessuna alterazione.

Osservazione XIII (2).

N.... d'anni venti, di debole costituzione, *dedito alla mansturbazione* sin dall'età di quindici anni, sperimentò a diciannove dei dolori al laringe: allora, alterazione della voce la quale, da principio acuta, finì coll'estinguersi del tutto. Verso gli ultimi tempi, la deglutizione dei liquidi era impossibile, l'espettorazione purulenta e abbondante, il polso ristretto e frequente; finalmente, dopo un anno di malattia, l'infermo morì.

All'apertura del cadavere, i *polmoni erano sani*, le glandole aritenoidi ulcerate, e la maggior parte delle cripte glandolari della mucosa laringea trovavansi, l'une tubercolose, l'altre ulcerate.

(1) Estratta dalla tesi del signor Laignelet.
(2) Estratta dalla tesi del signor Laignelet.

Osservazione XIV (1).

Raffreddori accompagnati di fiochezza di voce.—Corso lento sul principio dell'affezione, indi accessi asmatici di tempo in tempo più frequenti.—Morte.—Indurimento considerevole delle parti molli del laringe.—Assenza di tubercoli.

Cugney (Antonio), d'anni 49, commissionario, nato a Parigi, robusto, fu esposto per nove anni alle fatiche militari. Per l'innanzi, non aveva altra malattia sofferto fuorchè raffreddori molto intensi.

Nel 1834, ricevè un violento calcio di cavallo nel petto. Malgrado la violenza del colpo che lo rovesciò, non ne soffrì altro accidente fuorchè dell'oppressione ed una fiochezza di voce di cui non risentissi più a capo di otto giorni. Sei mesi dopo quest'accidente, a cagion delle fatiche del suo mestiere che obbligavalo a parlare e a gridare continuamente, fu preso a poco a poco d'una *fiochezza di voce* la quale, aumentando di grado in grado, si accompagnò di tosse e d'una soffocazione considerevole.Questi sintomi avevan luogo soprattutto nel corso della notte. Non adibì egli in sua casa niun trattamento. Dal suo ingresso all'Hôtel-Dieu (6 febbraro 1835) sino al 4 marzo, aveva avuto tre accessi d'asma, abbastanza intensi per rendere ogni volta l'asfissia imminente: due di questi accessi avevano avuto luogo di sera, e il terzo di notte. Ciascun di essi era cessato rapidamente sotto l'influenza di vescicatorj e di senapismi caldissimi sulla parte anteriore del collo. Furono egualmente applicate delle sanguisughe sulla medesima regione; ma tutti questi mezzi non ebbero che un effetto momentaneo. Sotto la loro influenza migliorava notabilmente per alquanti giorni, ma ricadeva in seguito nel medesimo stato.

Il 2 marzo, era nel seguente stato: magrezza grandissima, respirazione difficile, lunga, sonora, sibilante e rauca nell'*inspirazione*, e facile, al contrario, e senza strepito nell'*espirazione*; coll'ascoltazione, non udivasi in nessun luogo, tranne in alcuni punti limitatissimi, lo sviluppamento vescicolare; ma, dappertutto, una respirazione tracheale, strepitante, sonora, sibilosa; la percussione non isviluppava in tutta l'estensione del petto, che un suono oscuro; la voce era rauca, fioca, difficile, prodotta con isforzo. La tosse era rauca,

(1) Comunicata dal signor Fournet, interno degli ospedali.

strepitante e secca; l'espettorazione, qualche volta era bianca, densa, non omogenea; altre volte formata di piccole masse brunicce, dense, intimamente mescolate a sangue, poco spumose e sparse di piccole particelle bianchicce come mucoso-purulente. I battiti del cuore erano regolari, senza strepito anomalo, ma forti e risuonanti; soprattutto il primo. Il laringe, toccato e compresso alla regione del collo, era mobilissimo, poco dolente, facile a circonscrivere, al pari che la trachea, e conservava la sua forma normale. In questo giorno, 2 marzo, io tentai (1) per la prima volta il cateterismo delle vie aeree; ma la sonda di gomma elastica adibita senza anima, si arrestò dirimpetto alla glottide e non potè passar oltre.

Il 3 marzo, ritentai il cateterismo servendomi d'una sonda armata e ricurvata ad angolo ottuso, e potei facilmente, portando quanto fu possibile il becco della sonda sulla linea mediana, farla penetrare tra le corde vocali superiori. Facendo allora ritirare l'anima da un assistente, mentre il mio indicatore manco, il quale,collocato nel fondo della gola, aveva sin là servito di conduttore, manteneva la sonda in tale maniera, che l'anima potè essere ritirata senza offendere le parti del laringe contro le quali essa appoggiava, potei, colla massima facilità, far penetrare sin *nell'interno dei bronchi* la sonda ritornata flessibile; allora, facendola alternativamente montare e discendere, potei assicurarmi, che non esisteva nella trachea alcun tumore. L'ammalato sopportò benissimo questo cateterismo. L'indomani, reiterando gli stessi tentativi del giorno precedente,ch'ei tollerò meno pazientemente, cacciò in un modo quasi convulsivo e così bruscamente come se si fosse trattato d'un corpo straniero solido introdotto nelle vie aeree, una massa considerevole formante un solo sputo compatto, denso, non omogeneo e composto d'un miscuglio, con fusione intima, di materie, alcune brunicce, altre giallognole, altre più bianche, più purulente, altre finalmente rosse e sanguigne. Dopo il cateterismo dell'8 marzo, cacciò egualmente un somigliante sputo, ma più piccolo, più giallognolo, e prima di questo cateterismo, aveva diggià cacciato la mattina una grossa massa giallo-bruniccia mista a parti bianche. Questo genere d'espettorazione erasi anche presentato altra volta; alle volte egli tossiva convulsivamente per alcuni istanti, e tutto a un tratto cessava di tossire cacciando una di queste masse mucoso-purulente, altre

(1) Noi lasciamo parlare il signor Fournet.

volte, al contrario, erano bruscamente rigettate in seguito d' un semplice sforzo d' espettorazione, senza alcuna tosse, senza alcun movimento. Ne succedeva sempre un notabile sollievo, come se queste masse compatte di sputi avessero realmente rappresentato nel laringe uno di quei corpi stranieri accidentalmente introdotti dal di fuori.

Credo importante far osservare che in ciascuno dei due cateterismi da me tentati in questo ammalato, ho trovato l'epiglottide perfettamente rialzata, verticalmente situata, di modo che il becco della sonda penetrava diritto sino alla glottide, senza che il dito che serviva di conduttore avesse bisogno di rialzar l'epiglottide.

L'ammalato era abitualmente senza febbre. Se al momento d' una di quelle inspirazioni che ho di sopra descritte, circonscrivevasi colle dita la trachea-arteria dell'ammalato, sentivasi manifestamente che essa si dilatava, ed allora la sua circonferenza aumentava di estensione; egli è vero che questo senso di dilatazione era un poco accresciuto dall'abbassamento della trachea al momento dell'inspirazione; ma sebbene vi concorresse questa circostanza, pure la dilatazione non lasciava d'essere manifesta. La mattina del 5 marzo, l'ammalato era cessato di vivere, e la sua morte, lungi di sopravvenire durante un accesso, aveva, al contrario, avuto luogo in uno dei momenti di calma, val a dire di piccola soffocazione, che separavano gli accessi.

Autopsia ventotto ore dopo la morte.

Laringe e trachea. L'esterno del laringe non presentava alcun vizio di forma; osservavasi soltanto che invece dello spazio e dell'affossamento crico-tiroideo, esisteva al contrario una prominenza notabilissima dovuta all'indurimento e al gonfiamento delle parti molli di questa regione; si vide in fatti per mezzo della dissezione che la membrana cricotiroidea, il tessuto cellulare che la veste e il fascio di granulazioni follicolari situate nella spessezza del tessuto cellulare sotto-mucoso di questa parte del laringe, avevano subito un indurimento ed un ispessimento abbastanza considerevoli per presentare una durezza quasi cartilaginea ed una grossezza di più di tre linee. Prima di questa dissezione, i movimenti di bilico della cartilagine tiroide sulla cricoide erano quasi interamente impossibili; e divennero facili dopo che queste parti indurite furon tagliate col bistori. Le membrane che riunivano la cartilagine tiroide all'osso ioide conservavano al contrario tutta la loro pieghevolezza normale; quindi i movimenti di queste due regioni del laringe erano restati facili.

L'epiglottide trovavasi in una posizione perfettamente verticale, fissata, in tale stato, mediante la contrazione, il gonfiamento e l'indurimento del legamento glosso-epiglottico medio e delle parti molli circonvicine. Se, esercitando la sua elasticità, cercavasi d'abbassarla sull'apertura del laringe, ripigliava la sua posizione verticale tosto che cessavasi di ritenerla in una posizione orizzontale; la sua sommità pareva anche, a motivo d'una contrazione maggiore da un lato che dall'altro, d'avere abbandonato la linea mediana per portarsi verso il lato ove attiranvanla l'indurimento e l'ingrossamento più considerevoli dei suoi legamenti.

I legamenti glosso-epiglottici laterali erano, in fatti, tesi e voluminosi, e formavano all'orificio superiore del laringe, sempre aperto a motivo della posizione dell'epiglottide, delle pareti resistenti che circonscrivevano e diminuivano un poco i diametri di questa apertura.

Esaminando con diligenza il grado di ristringimento di che era divenuto la sede lo spazio compreso tra le corde vocali di destra e di sinistra, potei assicurarmi: 1. Che questo ristrignimento aveva luogo sopratutto al livello delle corde vocali inferiori; che l'ingrossamento di questi due legamenti era tale che nei loro tre quarti inferiori trovavansi in contatto, ed anche si comprimevano scambievolmente; che nel loro quarto posteriore, val a dire immediatamente innanzi le cartilagini aritenoidi, lasciavano tra loro un intervallo di due linee di lunghezza sopra una linea al più di larghezza; 2. al contrario, in tutta l'estensione dei legamenti superiori, non esisteva che una diminuzione lievissima dello spazio che, nello stato normale, questi legamenti lasciano tra di loro.

Immediatamente al di sotto del ristrignimento prodotto dal genfiamento delle corde vocali inferiori, esisteva uno sputo denso, spesso, vischioso, incollato sulle parti inferiori del laringe, nel punto indicato, e perfettamente simile a quelli diggià descritti nella parte sintomatologica dell'osservazione.

Il gonfiamento e l'indurimento di tutte le parti interne avevano determinato l'otturamento totale dei ventricoli laterali; o per dir meglio avevano fatto scomparire il loro orificio piuttosto che la lor propria cavità; dappoichè, quando si allontanavano le due corde vocali ingrossate, penetravasi nel fondo del ventricolo, il quale, sebbene ristretto, esisteva tuttavia molto distintamente. Applicate l'una contro l'altra, le corde vocali di ciascun lato, rappresentavano

una superficie piana, dietro la quale stava il ventricolo appiccolito, e così facevan credere, al primo esame, che i legamenti vocali e le cavità che essi limitavano erano stati dall'ulcerazioni interamente distrutti.

Dietro d'aver notato queste varie deformazioni, ho diligentemente esaminato le alterazioni di struttura delle diverse parti che compongono il laringe.

1. La membrana mucosa offriva sull'epiglottide, sulle ripiegature ariteno-epiglottiche, tra queste e la cartilagine tiroide, finalmente in tutte le parti ciconvicine, ma *esteriori* al laringe, delle rossezze che aumentavano a misura che si andava più vicino al suo *interno*. Diggià, alla parte inferiore dell'epiglottide, queste rossezze erano più notabili, ed essa offriva colà un ingrossamento ed un rammollimento i quali, sino all'orificio inferiore del laringe, non facevano che aumentare. La sua superficie era anche, in tutta questa estensione, sparsa di granulazioni bianchicce, che schiacciavansi facilmente tra i morsi della pinsetta, e le quali altra cosa non erano che i follicoli mucosi laringei, ingorgati e rammolliti. All'orificio inferiore del laringe, la membrana mucosa perdeva insensibilmente la sua spessezza e le sue rossezze; all'alto della trachea offriva ancora una larga piastra rossa ecchimosata; nel rimanente della trachea, esistevano delle rossezze sempre più pallide e rare sin che disparivano *quasi* interamente nei bronchi. In nessun punto dell'estensione che venghiam di percorrere la mucosa non offriva il più piccolo vestigio d'ulcerazione.

2. Tolta la mucosa, vedevasi nella spessezza del tessuto cellulare sotto-mucoso una gran quantità di quelle granulazioni rammollite ed ingrossate di cui ho fatto più alto parola.

3. Il tessuto cellulare, che circonda da ogni parte i muscoli tiro-aritenoidi e crico-aritenoidi laterali, aveva acquistato una spessezza di quattro linee almeno ed una durezza del tutto scirrosa, così che strideva sotto il tagliente dello scalpello siccome il vero tessuto lardaceo.

4. I muscoli tiro-aritenoidi e crico-aritenoidi laterali erano i soli alterati; le loro fibre, disperse e quasi confuse in mezzo al tessuto cellulare divenuto scirroso, potevano ancora facimente distinguersi alla loro direzione e al loro colore bianco pallido.

5. Il fascio di granulazioni che compongono la glandola epiglottica era molto gonfiato e il loro tessuto rammollito.

6. Ad eccezione di alcuni punti d'ossificazione che la car-

tilagine tiroide presentava, ad eccezione della intera ossificazione di tutta la parte posteriore della cricoide, lo scheletro del laringe non offriva alcuna alterazione; i tre primi anelli della trachea trovavansi riuniti in un solo, il quale, sulla sua altezza, offriva ancora, in due linee trasversali irregolari, soprapposte, le tracce di separazione degli anelli primitivi.

Polmoni. Erano tutti e due, in tutta la loro superficie, aderenti alla pleura costale e diaframmatica per mezzo di un tessuto cellulare abbondantissimo e resistente.

Offrivano, nei varii punti della loro estensione, due modi particolari di alterazione. 1. La più generale consisteva in un tessuto rosso-bruno che si lacerava con somma facilità, e conteneva una grandissima quantità di bolle d'aria, le quali scappavano dalle superficie incise e compresse, con bolle molto più grosse che non suole aver luogo in un polmone sano. Questo tessuto era soprattutto ingorgato d'una grandissima quantità di sangue combinato interiormente con lui, e non solamente deposto nelle sue areole; era perciò difficile ed anche impossibile lo spremere questo sangue, nè colla compressione, nè per mezzo d'un fil d'acqua. Il colore, la poca resistenza di questo tessuto, ravvicinavanlo all'epatizzazione rossa; ma, da un altro lato, gli altri suoi caratteri ne facevano un modo d'alterazione del tutto diverso dalla pneumonitide al primo grado. 2. In alcuni punti molto più limitati, trovavasi il tessuto polmonare d'un rosso bigiccio, bruniccio, e d'una resistenza che richiamava interamente il modo d'alterazione conosciuto sotto il nome di carnificazione del polmone. Questa porzione era del tutto sprovveduta di bolle d'aria. Esaminato bene il tutto, ciascun polmone non offriva tutto al più che uno o due pollici cubi atti alla respirazione.

Osservazione XV.

Laringitide cronica succedente al crup.

Mitler, d'anni cinque, subì la tracheo-tomia nell'estremo periodo del crup.

Gli accidenti calmaronsi, e il quindicesimo giorno potremmo noi togliere la canula.

Scorse sei settimane, la voce, la quale non era mai ritornata chiara, cominciò a velarsi; il piccolo infermo sperimentava un poco di dispnea quando faceva un esercizio alquanto violento, come quello di salire una scala, di correre, ed anche di camminare un pò celere.

L'inspirazione era sibilante, soprattutto allorchè parlava a lungo o recitava una lezione.

Questi sintomi duravano da tre settimane quando noi fummo chiamati. Si fecero praticare nel laringe quattro volte al giorno dell'inspirazioni d'una polvere contenente un ottavo d'alume sopra sette ottavi di zucchero candito, e dopo alcuni giorni, la guarigione era già compiuta.

Fatto analogo. La stessa cosa è avvenuta al giovane Branville, d'anni 7, il quale aveva subito egualmente l'operazione della tracheotomia nel periodo estremo del crup. In quanto a lui, non fu a noi necessario di ricorrere all'insufflazioni nel laringe; l'applicazione di alcuni rivulsivi, di piediluvii, diminuirono a poco a poco l'oppressione, e la membrana mucosa del laringe sgonfiossi in fine compiutamente.

Abbiam creduto di dover qui citare queste due osservazioni, le quali andrebbero forse meglio collocate dove si parlerà del trattamento; ma noi volevamo dare un esempio della laringitide al suo principio.

ESEMPII DI TISI LARINGEA SIFILITICA

Osservazione XVI.

Il signor P....., d'anni 36, dimorante ad Auxerre, intraprenditore di trasporti per acqua, ci fece chiamare il 3 gennaro 1834, a motivo di un'afonia cominciata già da tre anni e che da sei mesi era quasi totale. Ei ci raccontò l'istoria di questa malattia della maniera seguente:

Son già da dieci a dodici anni, trovandosi egli a Parigi, contrasse una blenorragia, e diciotto mesi appresso, alcune ulcere sulla corona del ghiande.

Ei trattossi con poca energia; la blenorragia cedè in due o tre mesi agli emollienti seguiti dall'amministrazione del balsamo copau; all'ulcere oppose i mercuriali, cui cessero prontamente, e l'ammalato, giovane allora, annojato di continuare un trattamento che parevagli oramai senza oggetto, lo sospese tosto che le ulcerazioni si cicatrizzarono. Proseguì egli a godere d'una buona salute sino al 1830, epoca in cui divenne soggetto a frequenti mali di gola che producevano della raucedine ed una difficoltà più o meno grande d'inghiottire. Gli emollienti, alcune sanguisughe facevano ordinariamente disparir questi accidenti dei quali l'infermo non sospettava la gravezza.

Nel corso del 1832 la voce si alterò sensibilmente e il mal di gola divenne quasi continuo, senza che il signor P... se ne inquietasse gran fatto, dappoichè attribuiva questi disordini alla fatica e ai continui sforzi di voce che era obbligato di fare nella nuova professione che aveva abbracciato (quella d'intraprenditore di trasporti per acqua).

Finalmente verso la metà del 1833, il mal di gola divenne permanente, la difficoltà d'inghiottire si accrebbe vieppiù, e la voce andò perdendo ogni giorno la sua naturale chiarezza. Nel tempo stesso, l'appetito diminuì e la freschezza consueta del colorito fu rimpiazzata da una tinta giallognola e da rughe anticipate.

A mal grado di tutti questi sintomi, l'ammalato, desideroso d'alleviare suo padre nei travagli della marina, proseguì nella sua dura professione, sebbene intrapreso avesse un trattamento che gli prescrisse il dottor Paradis, la di cui alta capacità non può rivocarsi in dubbio. Questo trattamento non ebbe alcun risultato, e fu allora ch'egli a noi si diresse.

Stato attuale. L'ammalato offriva l'apparenza d'un uomo fortemente costituito; il suo temperamento era sanguigno, gli occhi vivaci, i movimenti pronti, i gesti espressivi. Lamentavasi d'un mal di gola il quale, da tre mesi, non gli permetteva d'inghiottir gli alimenti solidi o liquidi, senza un estremo dolore: alla stessa epoca un torcicollo insopportabile manteneva la faccia rivolta verso la spalla destra; poteva appena l'infermo gustare pochi istanti di riposo, tormentato siccome era dal dolore che cagionavagli il più leggierno movimento involontario durante il sonno. Il bordo anteriore superiore del trapezio manco e la sua inserzione dallo stesso lato erano dolorosi alla pressione.

La voce era quasi interamente estinta, e l'infermo era costretto di parlar basso. Allorchè alzava la voce, le prime sillabe, spinte con forza da muscoli ancora vigorosissimi, potevano farsi sentire; ma, pronunziate appena poche parole, la fonazione ritornava impossibile. La bocca, esaminata con tutta l'attenzione, non appalesava alcuno stato manifesto d'infiammazione; le amiddale, il faringe e il velo palatino presentavano *forse* un poco di rossezza violacea, indizio d'una infiammazione cronica e d'una congestione abituale. L'ugola non esisteva, nè alcuna cicatrice indicava che essa sia stata distrutta; l'infermo e i suoi parenti attestavano per altro che in tutta la sua vita la voce era stata nasale.

Esternamente, la regione del collo corrispondente al la-

ringe, era manifestamente tumefatta; la pressione sulla cartilagine tiroide determinava un dolore di mediocre intensità; i gangli linfatici che circondano il laringe erano tumefatti, i più grossi parevano del volume d'una fagiuola, sdrucciolavano sotto il dito, ed erano alquanto dolorosi alla pressione.

Non eravi febbre, nè alterazione di polso. L'appetito, sebbene diminuito, era però bastante a indurre l'ammalato a maledire il suo mal di gola che impedivagli la deglutizione. Le funzioni digestive intatte; la respirazione illesa in tutto il petto. Eravi una piccola tosse secca, rara, alquanto molesta, cagionata da una sorte di titillamento nel laringe. Non aveva l'infermo sputato mai sangue, e la sua espettorazione consisteva in piccoli sputi vischiosi, rotondi, trasparenti e qualchevolta giallognoli.

Allorchè l'infermo voleva camminar celere o salire una scala, soffriva un anelito considerevole.

La nostra prima visita ebbe luogo la sera; facemmo metter a letto l'infermo ed applicammo sull'orlo anteriore e superiore del trapezio manco un vescicatorio ammoniacale che fu medicato con *un grano* di solfato di morfina; gli prescrivemmo ancora di praticare mattina e sera una frizione sul laringe con una pomata composta d'unguento mercuriale doppio e di 36 grani per oncia d'idriodato di potassa.

L'indomani mattina, l'infermo era contentissimo per aver dormito tutta la notte. Il suo torcicollo erasi dileguato; prendeva piacere a girare la testa in tutti i versi, ciò che non aveva potuto fare da più di tre mesi. In questo stesso giorno toccammo la gola e il laringe con una soluzione composta *di parti eguali* d'acqua e di nitrato d'argento, e fecersi proseguire le frizioni.

Quattro giorni appresso, il dolore di gola era quasi sparito, l'ammalato inghiottiva con piacere gli alimenti e le bevande. La voce era *forse* un poco meno velata.

Facemmo sospendere l'applicazione della morfina sul vescicatorio, non essendo più ricomparso il torcicollo; prescrivemmo all'infermo di toccare egli stesso il suo laringe colla soluzione di nitrato d'argento, ciò che gli veniva facile mediante un piccolo stromento di spugna e di balena che gli avevamo fatto noi stessi. Le frizioni furono continuate.

Dopo venti giorni di questo trattamento, nel corso dei quali il signor P... prese quattro bagni generali e fece uso d'un'alimentazione sufficiente, ma sana e dolce, la voce ripigliò il suo tuono quasi naturale; diciamo quasi, atteso che i suoi parenti, i quali da lungo tempo eransi abituati di sen-

tire la sua voce presso che estinta, avevano per così dire dimenticato la voce primitiva, e dimandavansi scambievolmente se quello fosse il tuono naturale, gli uni dicendo sì, e gli altri nò.

Il dolore di gola era cessato, malgrado la frequente esposizione al freddo e all'umidità sulla riva del fiume, e l'anelito era scomparso.

Sospettando che la sifilide poteva aver una qualche influenza sull'affezione di cui il signorP... veniva d'essere così felicemente liberato, noi gli proponemmo un trattamento mercuriale; egli prese un bagno di sublimato; ma i suoi affari lo chiamarono a Parigi, vi andò e sospese ogni trattamento.

Erano appena scorsi dodici giorni, che il mal di gola ricominciò a farsi vedere. L'infermo ci chiese per lettera la formola della soluzione di nitrato d'argento. Noi gliela inviammo, la mise in pratica, e tutti questi sintomi disparvero.

Ritornando ad Auxerre, sentì freddo nella vettura, e quando arrivò aveva un pò di mal di gola e il torcicollo era ricomparso. Due giorni dello stesso trattamento bastarono a domar questi accidenti, e l'infermo, credendosi guarito, trascurò il trattamento generale del quale gli avevamo parlato, e nel mese d'agosto o di settembre prese moglie.

In questo intervallo di tempo, eravamo noi andati a stabilirci a Parigi.

Il 18 novembre 1834, ricevemmo dal signor P... una lettera colla quale ci avvisava del suo arrivo in questa città e ci pregava d'andarlo a vedere.

Il 19, lo trovammo che lagnavasi molto della gola e con una fiochezza di voce considerevole, ma non al grado in cui l'avevamo veduto la prima volta.

La base dell'amiddala manca offriva alla sua riunione colla lingua un'ulcerazione poco estesa, ma abbastanza profonda, attorniata d'un cerchio infiammatorio rossissimo. L'apparenza di questa ulcerazione aveva qualche cosa di sospetto, ma non presentava in un modò evidentissimo i caratteri conosciuti dell'ulcere veneree.

Raccomandammo all'infermo il riposo assoluto; gl'ingiungemmo d'evitare il freddo e l'umidità, e gli toccammo l'ulcera con una soluzione di otto grani di sublimato e di due grani doppio in un'oncia d'acqua; nel tempo stesso prescrivemmo delle pillole di proto-ioduro di mercurio.

L'infermo non potè riuscire ad inghiottire le pillole, le quali gli risortivano dal naso, ciò che avveniva pel vizio di conformazione di cui sopra si fece parola, e non potè,

a cagion dei suoi affari, mal grado e in onta delle nostre ingiunzioni, guardar l'appartamento; e ogni giorno, malgrado la stagione fredda e piovosa, usciva di casa a sei ore della mattina e percorreva Parigi per vendere le sue mercanzie, o se n'andava sui porti e all'aria libera, esponendosi a tutte le intemperie, per farle discaricare. Di più, era obbligato di parlare continuamente ai suoi lavoranti, ciò che, per sua propria confessione, faticava molto la sua gola.

Sostituimmo il liquore di Van-Swietem alle pillole di proto-ioduro di mercurio; ma, lo stomaco sopportandolo difficilmente, fummo costretti di rinunziarvi. L'ammalato non voleva bagni mercuriali, che lo rendevano sensibilissimo al freddo; e non osando noi adibire le frizioni mercuriali in un individuo esposto l'intiero giorno al freddo e all'umidità, ci limitammo al trattamento locale, colla speranza che l'ammalato, siccome ci prometteva, terminati i suoi affari, prenderebbe finalmente riposo e intraprenderebbe un trattamento metodico.

Pervenimmo così al 22 dicembre, epoca in cui l'ulcerazione della gola era perfettamente guarita e il dolore quasi nessuno; ma la voce era sempre fortemente velata. L'ammalato ripartì allora per Auxerre, dove ci promise di trattarsi convenevolmente.

Ei però non fece nulla.

Il 23 febbraro 1835, lo rivedemmo a Parigi: aveva di bel nuovo male alla gola; tutto il faringe era rosso, siccome le due amiddale le quali erano molto tumefatte, ma non vi si faceva osservare veruna ulcerazione. Lagnavasi d'una cefalalgia intensissima; la faccia era rossa, gli occhi inghiettati; il polso, normale sotto il rapporto della frequenza, era pieno e bastantemente duro.

Prescrivemmo il riposo nella camera, un gargarismo emolliente, piediluvj senapizzati mattina e sera, ed inoltre dodici sanguisughe all'ano.

L'infermo, sempre trascinato dai suoi affari, lungi d'osservare il riposo, si mise a correre tutto Parigi in un tempo cattivissimo, e restò esposto sui porti al vento e alla pioggia dalla mattina alla sera. I piediluvj e il gargarismo avendo diminuito il mal di gola, ei trascurò, per timore di perder tempo, di applicare le sanguisughe.

Il 2 marzo lo rivedemmo; ci disse che da tre giorni soffriva molto alla gola; vi riguardammo, e vedemmo con terrore che l'amiddala manca, che sei giorni innanzi non offriva alcuna ulcerazione, era a metà distrutta da un'ulcera

larga quanto una moneta di quindici soldi e d'una grande profondità; i suoi bordi, tagliati a picco e come frastagliati, il suo fondo bigiccio, non lasciavano alcun dubbio intorno alla sua natura venerea.

L'ammalato ne fu dolentissimo; ci promise di far tutto ciò che noi esigeremmo.

Noi gli raccomandammo di nuovo il riposo di cui aveva il più gran bisogno; facemmo applicare le dodici sanguisughe all'ano; toccammo l'ulcera, secondo il metodo del signor Malapert, con una soluzione di sublimato 8 grani, oppio 2 grani, acqua un'oncia.

Tentammo di bel nuovo il liquore di Van-Swieten, cui associammo una soluzione d'estratto d'oppio che si aggiungeva al momento di beverlo. Facemmo anche prendere una tisana di salsa pariglia.

Quattro giorni di questo trattamento arrestarono i progressi dell' ulcera; i suoi bordi si appianarono, riprese un aspetto migliore e divenne meno dolorosa. In allora l'ammalato volle ad ogni costo, e malgrado i nostri reiterati avvertimenti, ripigliare i suoi travagli, contando, ei diceva, su di noi e sulle nostre prescrizioni.

A capo di 18 giorni, malgrado l'esposizione al freddo e all'umidità, l'ulcera era totalmente cicatrizzata, abbenchè il signor P..., attaccato, da una quindicina di giorni, d'un lievissimo catarro, si fosse per tutto trattamento limitato a toccarla colla soluzione mercuriale.

Ei doveva ritornare ad Auxerre, e sottoporsi finalmente colà a un trattamento ragionevole e senza lasciare la camera. Il 24 marzo, giorno della sua partenza, ci mandò a chiamare per mostrarci che i suoi piedi erano sin dal precedente giorno gonfiati. Questo sintomo unito al dimagrimento considerevole, alla diminuzione d'appetito, alla debolezza generale, ci parve del più cattivo augurio.

Ei partì portando seco una nostra consulta che doveva eseguire in Auxerre sotto la direzione del dottor Paradis.

Giunto appena, l'edema aumentò, sopravvenne la diarrea, il trattamento anti-venereo dovette sospendersi.

Che che si facesse per il corso di due mesi per combattere l'infiltramento seroso, videsi questo sempre aumentare, guadagnò il peritoneo, e l'ammalato finalmente spirò nei primi giorni di giugno. Da che era ritornato niun male aveva più sofferto alla gola.

Aveva preso internamente cinque grani tutto al più di sublimato nel corso del suo trattamento, e tre bagni generali con due grossi di sublimato per bagno.

L'autopsia non fu fatta.
Il dottor Paradis ci scrisse che, per qualunque attenzione abbia egli impiegato nell'esame del petto durante la vita, non aveva potuto scoprire verun segno d'affezione polmonare. Noi avevamo fatto la stessa osservazione, e fu in risposta ad una delle nostre lettere che questo abile pratico ebbe la compiacenza di dirci che, in quanto a ciò, egli era interamente del nostro parere.

Osservazione XVII.

Tisi laringea sifilitica.—Trattamento mercuriale.— Guarigione.

Rousset, cuciniera, d'anni trentuno, di grande e fortissima costituzione, bionda e d'un temperamento linfatico sanguigno.
Ella era maritata, ed aveva avuto due figli i quali eran morti, l'uno nascendo, l'altro all'età di quaranta giorni. Non era mai stata inferma: sua madre era morta al parto, e il di lei padre, che ha cinquantadue anni, sta bene, all'infuori che soffre un *asma* che molto lo tormenta. Quasi tutte le mattine, ha un assalto di tosse che termina coll'espulsione di molta *pituita*, e non tosse più nel resto della giornata, attribuendo egli questo incomodo alla farina che nella sua condizione di fornajo è costretto a respirare.
L'ammalata non era mai stata raffreddata, quando, nel corso di febbraro ultimo, fu ella attaccata d'un catarro intensissimo, che rese necessarie molte emissioni sanguigne, e che durò nulla di manco tre mesi intieri.
Subito che fu assalita da questo raffreddore, fu presa improvvisamente, e secondo la sua espressione, *da un quarto d'ora all'altro*, dopo d'essersi seduta sopra un banco di pietra, d'una rancedine considerevole. Questa raucedine persistette malgrado la scomparsa del catarro, e andò anzi aumentando al punto d'estinguere interamente la voce.
Stato attuale (18 settembre 1835).
Afonia assoluta, poca tosse, *leggiero dolore nella gola*. L'ammalata, la quale ha avuto, disse ella, la respirazione breve in tutta la sua vita, sperimentava una dispnea anche maggiore dopo la sua afonia; il più piccolo esercizio cagionava della soffocazione. La respirazione era libera e para in tutto il petto.

Il laringe non era la sede d'alcun dolore, nemmeno quando si sottoponeva ad una fortissima pressione. Il faringe non era rosso, nelle amiddale osservavasi una superficiale rossezza circoscritta senza notabile tumefazione; e la destra presentava una soluzione di continuità, somigliante ad un'antica ulcerazione cicatrizzata.

La pelle era fresca, dolce al tatto; la grassezza, sebbene diminuita, secondo diceva l'inferma, era ancora considerevole. Nessuno incomodo tranne l'afonia. Appetito buono, digestione facile, mestruazione normale, febbre nessuna.

Prescriz. Riposo.

20 settembre. Lo stesso stato.

Prescrizione. Praticare ogni giorno dieci inspirazioni nel laringe con una presa di polvere composta di sette ottavi di zucchero candito polverizzato e d'un ottavo d'acetato neutro di piombo.

25. settembre. La voce era alcun poco ritornata, e ci pareva sentirla con minore difficoltà.

La stessa prescrizione.

1. ottobre. La voce era sensibilmente più forte e più chiara, lo stato generale buono; l'ammalata, la quale non soffriva per ordinario alcun dolore di gola, lamentavasi di risentir da tre mesi, nell'orecchia destra, un dolor vivissimo all'inghiottire. Esplorata la gola con attenzione, fece chiaramente vedere che l'ammiddala destra era la sede di due o tre piccole ulcerazioni superficiali, ma d'apparenza alquanto sospetta. L'amiddala manca presentava una leggiera erosione della membrana mucosa che la riveste. Le ossa proprie del naso erano da quindici giorni un poco tumefatte, la pelle che ricopriva il tumore era rossa, tesa e dolorosa alla pressione. L'ammalata disse che qualchevolta, da un anno in circa, cacciava dal naso delle materie come purulente. Asseriva di non aver avuto mai nulla che potesse far sospettare una malattia venerea. Intanto suo marito aveva avuto quindici mesi addietro la sifilide, ma erasi astenuto di coire con lei in tutto il corso della sua malattia...?

La stessa prescrizione.

3. ottobre. La voce era più forte e più chiara, lo stato generale continuava ad esser buono. Il medico che riprende il servizio della sala sopprime le inspirazioni di polvere saturnina.

8. ottobre. La voce era presso a poco allo stesso stato. L'ammalata disse di trovarsi un poco meglio di jeri, atteso che avevasi procurato della polvere d'acetato di piombo che aveva inspirato contro la prescrizione del medico.

L'ammalata, uscita dall'ospedale, venne a trovarci in casa. La voce era allo stesso punto, il tumore esistente sul lato manco delle ossa proprie del naso era alquanto meno rosso, ma sempre doloroso al toccare: l'ammalata ci mostrò il suo fazzoletto ove vedemmo che le mocciosità erano perfettamente mescolate a materie gialle, verdicce. come purulenti, tinte di sangue e senza odore. La respirazione facevasi facilissimamente da ciascuna narina, la gola non era dolorosa, nè all'inghiottire, nè al toccare; le leggiere ulcerazioni delle ammiddale erano appianate, ma non interamente dissipate. Toccammo noi il laringe col nitrato d'argento, abbenchè l'ammalata avesse le sue regole (1).

13. ottobre. La voce era a un dì presso sempre allo stesso punto, forse anche un poco più forte. Toccammo di nuovo colla soluzione di nitrato d'argento,

15. ottobre. Lo stesso stato, si tornò a toccare. Il naso andava sempre della stessa maniera.

20. L'ammalata erasi, disse ella, alquanto raffreddata, la sua voce era di nuovo intieramente mancata, il suo naso suppurava sempre in abbondanza; il gonfiamento esteriore persisteva, ed erasi forse accresciuto. Sospettando un mal venereo, prescrivemmo le pillole di Dupuytrem (tre al giorno) e la tisana di guajaco e di salsa pariglia. Si sospende l'applicazione di qualunque topico sul laringe.

23. Lo stesso stato; la voce forse era un poco più chiara; prescrivemmo, oltre le pillole e la tisana, sei inspirazioni al giorno con calomelano mezzo grosso, ossido rosso di mercurio 12 grani, polvere di zucchero candito mezza oncia.

27. La voce era migliorata, il naso sempre nel medesimo stato.

30. Continuazione del miglioramento il quale era leggiero ma sensibile. La stessa prescrizione.

8. novembre. L'ammalata aveva sospeso sin dal 2 novembre ogni trattamento, a motivo di non aver danari per comprare i medicamenti; la sua voce era sensibilissimamente migliorata, il naso pareva un poco meno gonfio e visibilmente meno rosso, la suppurazione era sempre la stessa. Noi cercammo di persuadere l'inferma a ripigliare il suo trattamento; ella vi acconsente, e sostituimmo la tisana di dulcamara a quella di salsapariglia.

(1) Nel capitolo del trattamento indicheremo il mezzo di portar in questa guisa sul laringe i medicamenti polverulenti o liquidi.

14. novembre. Il miglioramento cresce di giorno in giorno, la voce era quasi naturale, il naso mandava la stessa quantità di mocciosità, ma era sempre meno rosso e meno gonfiato. La stessa prescrizione.

L'ammalata ci manifestò ch'era ella sprovveduta di mezzi pecuniarj e che non poteva nella propria casa continuare il trattamento. Noi l'impegnammo ad entrare all'Hotel-Dieu, e fu ammessa nella sala del signor Recamier; andammo noi a vederla otto giorni dopo il suo ingresso, ma n'era sortita il precedente giorno.

5 febbraro 1836. Rincontrammo l'ammalata che veniva, ella disse, a darci notizie di se.

Aveva ella passato ventiquattro giorni all'ospedale San Luigi, dove era stata sottoposta a un trattamento anti-sifilitico consistente nella tisana di salsapariglia, nello sciroppo sudorifero e nelle pillole di proto-cloruro di mercurio.

La sua voce era naturale, il suo naso erasi esternamente ulcerato durante la sua dimora all'ospedale, ma la cicatrice era diggià divenuta solida.

Le mucosità nasali erano ancora purulente e talvolta sanguinolenti.

Le amiddale presentavano ulcerazioni profondissime.

Lo stato generale era buono.

L'ammalata venne a richiederci della nostra assistenza, sul consiglio dei medici dell'ospedale San-Luigi, i quali non avevanla fatta sortire che con loro rincrescimento.

Noi prescrivemmo di nuovo le pillole di Dupuytren.

Rivedemmo in appresso questa donna, la quale, dietro d'aver continuato per qualche tempo un trattamento anti-sifilitico, erasi perfettamente guarita.

Al capitolo del trattamento, riferiremo altre cinque osservazioni di tisi laringea sifilitica del più grande interesse. (Ved. i n. 49, 49 *bis*, 49 *ter*, 50, e 51).

ESEMPIO DI TISI LARINGEA CANCERROSA

Osservazione XVIII.

Raucedine.—Oppressione.—Ortopnea.— Soffocazione imminente.—Tracheotomia.—Sollievo.—Introduzione d'una sonda a permanenza.—Morte undici mesi e mezzo dopo l'operazione.—Polmone contenente dei tubercoli, alcuni dei quali rammolliti.—Tumore carcinomatoso che occupava il laringe.—Distruzione delle cartilagini.

Madama P... d'anni 32, moglie d'un mercante di vini, dimorante strada di Baune, n. 21, aveva per l'addietro goduto sempre d'una buona salute; nessuno dei suoi prossimi parenti era stato mai attaccato di tisi; niente eravi negli antecedenti che potesse dar il più leggiero sospetto d'affezione sifilitica. In agosto 1832 fece ella un viaggio a Versailles; corse e si divertì nel parco, e ritornò in sua casa con una raucedine considerevole che niun mezzo riuscì a modificare.

La salute generale rimase buona, non soffrì mai emottisi, non oppressione, non tosse.

Nel settembre 1834, dopo più di due anni dall'accidente, l'estinzione della voce divenne assoluta.

Nei primi giorni di dicembre, cominciò a sperimentare l'inferma un poco d'oppressione e dell'anelito allorchè camminava celeremente.

15. dicembre. L'oppressione, che per l'innanzi era momentanea, diviene continua durante la notte; l'ammalata sperimenta di quando in quando alcuni accessi di soffocazione.

1. gennaro. I parosismi eran divenuti d'ora in ora più intensi e più frequenti: e taluni arrivavano al punto di far temere l'asfissia. La famiglia dell'inferma, giustamente all'armata, ci chiama in consulto, unitamente ai dottori Gendron, Hymely e Guillon. Si decise la tracheotomia essere la sola risorsa che restasse a tentare; ma di aspettare, per praticarla, che la malattia fosse arrivata all'ultimo termine.

6. gennaro. L'asfissia era talmente imminente che fummo chiamati nella stessa notte per aprir la trachea.

L'operazione fu eseguita senza altro accidente che un'emorragia venosa che si riuscì ad arrestare per mezzo della compressione.

Dal momento in cui l'aria ebbe un libero accesso nei pol-

moni, per l'apertura artificiale, l'ammalata sperimentò un benessere cui non era più, da gran tempo, abituata.

10. gennaro. Aveva ella già lasciato il letto, e il 1 febbraro volle andare in casa del dottor Evrat, suo vicino, attaccato d'una malattia analoga alla sua, per impegnarlo a farsi operare.

Per il corso di cinque mesi, il miglioramento fu costante. L'ammalata portava costantemente una canuta nella trachea, e, per parlare, ne turava col dito indice l'apertura. Verso il terzo mese, aveva già potuto, con questo mezzo, articolare alcune parole a voce bastantemente alta,

In settembre 1835, otto mesi dopo l'operazione, un tumore ch'esisteva diggià, al momento dell'operazione, al lato manco e alla parte media del laringe, e il quale era sin allora rimasto stazionario, prese subitamente un accrescimento rapido e non tardò a mostrarsi tra la canula e l'orlo superiore della ferita. Questo tumore ben tosto ulcerossi e diede luogo a frequenti emorragie.

Il 15 novembre, l'ammalata è subitamente presa di febbre, d'un violento dolor puntorio e d'una tosse molestissima. Esplorato il petto, si riconoscono, nel lato manco, tutti i segni razionali d'un'effusione pleuritica. Sopraggiunge finalmente la febbre ettica e l'ammalata muore il 10 dicembre 1835.

Autopsia. I polmoni offrivano un grandissimo numero di tubercoli, molti dei quali erano rammolliti.

Un'effusione purulenta considerevole occupava il lato manco del torace.

La glandola tiroide, sana nel suo tessuto, era notabilmente ipertrofizzata.

Laringe. Il laringe era la sede di lesioni estremamente gravi.

Una moltitudine di tumori d'un volume variabile, riuniti in grappoli o isolati, occupavano quasi tutto l'interno del laringe, l'epiglottide ed una porzione della trachea-arteria; esteriormente, facevano una prominenza considerevole al di sopra della canula e al davanti del laringe, ed avevano il volume d'una mela di mezzana grossezza. In questo punto, erano essi ineguali, anfrattuosi, e la pelle che li ricopriva era d'un color livido, assottigliata ed ulcerata.

Sulle parti laterali, soprattutto del lato manco, e al davanti del corpo tiroide, vedevansi disseminati nel tessuto cellulare una moltitudine di piccoli tumori analoghi.

All'interno del laringe, nei punti non occupati dai tumo-

ri, la membrana mucosa era ulcerata e come fungosa. Il legamento ariteno-epiglottico del lato destro era nello stato sano, all'infuori d'un piccolo gonfiamento nella membrana mucosa. Quello del lato manco era convertito in una massa irregolare della stessa natura, che il fianco dei tumori.

Le cartilagini proprie del laringe eran rotte e rinvenivansi in piccoli frammenti in mezzo ai tumori.

Le due amiddale, alquanto gonfiate, erano del resto sane. L'esofago era, alla sua origine, ristretto al punto, che non aveva più di due linee di diametro.

Incidendo i varj tumori, che occupavano il laringe, dei quali abbiam tentato di dar la descrizione, si riconosceva, che gli uni (ed erano il più piccol numero), resistenti e strepitanti un poco sotto lo scalpello, avevano presso a poco il color della polpa d'un castagno d'india, ed un'umidità, che ravvicinavali piuttosto ai tumori encefaloidi, che ai tumori tubercolosi, mentre che la nettezza e il colore del loro taglio rendevanli più analoghi ai ganglii tubercolosi.

Gli altri erano rammolliti e convertiti in una pappa giallognola, rassomigliante moltissimo al formaggio di Brie diffluente.

Il signor Cruveilhier, cui noi mostrammo questo pezzo patologico, risguardò l'affezione come di natura cancerrosa.

ESEMPII DI TISI LARINGEA TUBERCOLOSA

Osservazione XIX (1)

Tisi laringea tubercolosa.—Tubercoli polmonari suppurati. —Ulcerazioni profonde del laringe.—Distruzione dell'epiglottide.

Un giardiniere d'anni 33, d'una taglia alta, d'un temperamento linfatico e sanguigno, d'una forte costituzione, ottimamente conformato, venne all'ospedale della Carità, il 6 settembre 1824. Aveva egli avuto 5 anni addietro, una peripneumonia in seguito della quale la respirazione era rimasta perfettamente libera, e da un'epoca più antica ancora, andava soggetto ad una raucedine la quale aveva luogo in tutti gl'inverni. Accusava un anno di malattia, e da sei settimane era stato costretto ad astenersi dai suoi consueti travagli. Sul

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie*, pag. 251.

principio: tosse, brividi irregolari, sputi limpidi e tenui, simili alla saliva battuta. La tosse aveva sempre continuato, gli sputi eran divenuti un poco meno chiari e più copiosi da quattro mesi. L'infermo era sempre stato sensibilissimo al freddo; il più piccolo abbassamento di temperatura cagionavagli dei ribrezzi; aveva quasi costantemente avuto dei copiosi sudori notturni, e il suo calore erasi da sei mesi accresciuto. Nei tre ultimi, la voce era stata più o meno alterata, la parte superiore del laringe era divenuta la sede d'un dolore ora più ora meno intenso, e da cinque settimane le bevande risortivano qualchevolta dal naso. L'appetito aveva diminuito sin dal principio; da qualche tempo la digestione era lenta, e talvolta eranvi del vomiti fra gli accessi della tosse. Del resto, niuna sensazione penosa all'epigastrio, non dolore pleuritico, non emottisi; dimagramento progressivo nei tre ultimi mesi.

Il 7 settembre, faccia un pò pallida, debolezza discreta, sonno scarso, disturbato dalla tosse; raucedine, voce in qualche guisa lacerata, velata all'estremo. Dolore tra la cartilagine tiroide e l'osso ioide, costante, pungente, accompagnato da calore e siccità e che per la tosse, l'esercizio della parola, la flessione del collo e la deglutizione inaspriva: questa era allo spesso difficile e provocava il rigetto d'una parte delle bevande dal naso. La tosse era frequente, l'oppressione grave durante la notte; un piccol numero di sputi opachi giallognoli e verdicci fluttuava alla superficie d'un liquido limpido, abbondante, o ne occupava il fondo. Il petto rendeva un suono chiaro anteriormente e dai due lati. Sotto la clavicola manca, la pressione era dolorosa, l'espirazione tracheale; sotto la destra, la respirazione pareva solamente più forte che nello stato naturale; tra le spalle era bronchica, e la voce risonantissima. Polso mediocremente accelerato, calore moderato, lingua e dietro-bocca nello stato naturale, epigastrio indolente. L'infermo aveva avuto la sera una scarica alvina di buona consistenza, e non lagnavasi che del suo dolore di gola. (Looch, pozione gommosa, due creme di riso.)

Il dolore continuava al laringe, ma il calore fu ivi, per alquanti giorni, un poco meno. L'afonia si mantenne costante, gli sputi verdicci e densi. Sopravvenne la diarrea, la quale continuò senza interruzione dal 15 al 31, giorno della morte del soggetto, e l'appetito cadde a un tratto. L'epigastrio fu nel tempo stesso sensibile alla pressione, e l'ammalato vi accusò dei dolori pulsativi. La lingua conservossi sempre nello stato naturale.

Autopsia. Collo. La base della lingua e le parti inferiori del faringe offrirono molte piccole ulcerazioni generalmente sparse, numerose e ravvicinate in un sol punto.

L' epiglottide, i legamenti laterali e le corde vocali superiori del laringe erano intieramente distrutte; le inferiori, solamente in parte. Quasi tutta la superficie corrispondente a questa distruzione aveva un'aspetto ineguale, un colore più o meno rosso, ed una certa durezza. Le cartilagini aritenoidi eran sane, e la loro superficie articolare posta a nudo. La membrana mucosa della trachea-arteria aveva un color rosa-pallido, una spessezza ed una consistenza moderata.

Petto. I polmoni erano renitenti, voluminosi, e le vescichette polmonari generalmente dilatate. Il destro era aderente in tutta la sua estensione; il manco perfettamente libero, ed offriva alla sua sommità una specie d' increspamento che corrispondeva ad una piccola massa di materia bigia semi-trasparente, molto dura, situata a un mezzo pollice dalla sua superficie, d'onde partiva un certo numero di raggi della stessa natura. Vicino ad essa trovavasi una cavità tubercolosa di mezzana grandezza, provveduta d'una falsa membrana, ed alcune porzioni di polmone epatizzate. Eranvi altrove molte granulazioni bigie semi-trasparenti, il di cui numero e il volume diminuivano dalla sommità alla base dell'organo. Il polmone destro offriva, nel suo lobo superiore, un'escavazione considerevolissima, comunicante con un' altra formatasi nel lobo inferiore. Tutte e due contenevano un fluido rosso, denso, opaco, ed erano tappezzate da una falsa membrana bigia, soda, semi-trasparente. Nel rimanente della sua estensione, il lobo superiore conteneva molti tubercoli rammolliti e delle granulazioni bigie. Quest'ultime erano numerose nel lobo inferiore. Cuore ed aorta nello stato naturale.

Osservazione XX (1).

Tisi polmonare, indi, diciotto mesi più tardi, sintomi di tisi laringea. — Morte dopo tre anni di malattia. — Laringe ulcerato.—Polmoni tubercolosi.

N.... mercante che andava vendendo per le strade, d'anni quaranta, robustissimo e di temperamento sanguigno, aveva

(1) Estratta dalla tesi del signor Laiguelet.

sofferto nella sua prima giovinezza due angine, e all'età della pubertà dell'emorragie nasali; a trentaquattro anni un'emottisi. Da questo tempo risentì, ad epoche diverse, dei dolori nel petto; la tosse, sul principio secca, fu in seguito accompagnata da sputi purulenti, e si manifestò con brividi la sera e sudori nella notte, i quali affettavano più specialmente la regione toracica.

Un anno e mezzo dopo che la tisi polmonare erasi stabilita, si fecero scorgere i sintomi della tisi laringea; la voce si perdè di grado in grado, il laringe divenne più voluminoso e dolente al toccare; i liquidi non potevano passare senza dolore; finalmente sopravvenne il marasmo, e dopo tre anni di malattia, l'infermo perì.

Autopsia. Polmoni in alcuni punti tubercolosi, erano in altri ulcerati e contenevano dei focolari purulenti. La membrana laringea era estesamente ulcerata.

Osservazione XXI.

Tisi laringea venuta dopo la tisi polmonare.—Afonia di diciotto mesi.—Tutti gli antecedenti sconosciuti.—Morte.—Alterazione notabile del laringe.—Escavazione tubercolosa guarita.

Un muratore d'anni 44 fu ammesso nelle sale della clinica della Facoltà di medicina di Parigi.

Quest'uomo era magro, sparuto, e pareva profondamente ipocondriaco; la sua intelligenza era quasi nessuna; allorchè veniva interrogato, rispondeva con monosillabi, e rassomigliava perfettamente ad un idiota. Era del resto senza febbre.

Era egli afono, e ci disse, dopo molte reiterate domande, che l'afonia durava da diciotto mesi; non accusava del resto alcuna malattia, ed era chiaro, che i suoi parenti l'avevano portato all'ospedale per isbarazzarsi di un alienato, che era loro d'incomodo. Si seppe, in fatti, ch'egli era stato folle due volte, e che in ultimo, dopo alcuni accessi di febbre, era caduto nello stato di prostrazione in cui lo vedevamo.

Quest'uomo restò rannicchiato nel suo letto per il corso di tre settimane, senza voler alzarsi, senza mangiare, senza pronunziare una parola, e finalmente si estinse rifinito dalla inedia.

All'autopsia, il cervello non ci offrì alcuna alterazione sen-

sibile. Gli intestini erano raggrinzati ed un poco infiammati.

L'apparecchio respiratorio fissò soprattutto la nostra attenzione; alla sommità del polmone sinistro si rinvenne un enorme escavazione tubercolosa, nella quale avrebbe potuto entrare il pugno. Questa escavazione era tappezzata, nella maggior parte della sua estensione, d'una membrana vellutata, analoga ai tessuti mucosi, e le sue pareti erano, in certi punti, di consistenza semi-cartilaginea; tutto all'intorno, il polmone era d'un bigio nericcio ed offriva alcuni tubercoli non rammolliti. Nella sommità dell'altro polmone, eranvi anche alcuni tubercoli crudi, ma in piccol numero.

Il laringe, distaccato con diligenza, offriva le alterazioni seguenti:

I vasi della base della lingua erano fortemente inghiettati ed anche dilatati, in guisa che tutta questa regione della lingua offriva un color generale roseo, al di sotto del quale spiccavano ancora delle grosse arborizzazioni vascolari rossicce. La stessa maniera d'inghiettamento osservavasi sulla mucosa delle regioni superiori e laterali dell'epiglottide, del pari che sopra quelle dell'escavazioni comprese tra la faccia esterna dei legamenti ariteno-epiglottici e la faccia interna della cartilagine tiroide; ma, a misura che andavasi più vicino alla faccia inferiore dell'epiglottide e alla faccia interna del laringe, il colorito diveniva più pallido e le arborizzazioni più sottili. Alla parte inferiore del laringe, la rossezza ricompariva, e facevasi più vivida, a misura che, discendendo nella trachea, si arrivava più vicino ai bronchi.

Il colore era d'un rosso sanguigno, e nascondeva, colla sua uniformità, le arborizzazioni sottostanti. *Nell' interno del laringe* osservavasi facilmente, che le pallide inghiezioni ivi esistenti erano più sensibili, più arborescenti a livello dei ventricoli e delle corde vocali, che in qualunque altro punto di questa cavità. Un muco d'un leggiero color di rosa ricuopriva tutta la superficie mucosa, che abbiamo percorsa. La membrana mucosa era manifestamente inspessita, soprattutto nell'interno del laringe, meno, proporzionalmente, nella trachea; ma nello stesso laringe, questo ispessimento della membrana mucosa era proporzionalmente molto più notabile nelle corde vocali e nei ventricoli, che nei loro dintorni.

L'apertura superiore del laringe, e l'epiglottide non offrivano, nella forma, nella posizione, nei diametri, assolutamente nulla di anormale.

Le corde vocali superiori erano fortemente gonfiate soprattutto quelle del lato manco. Il gonfiamento rimontava sin sopra i lati della base dell'epiglottide; ma questa, oltre al gonfiamento, presentava delle piccole papille, e, più indietro, delle vere ulcerazioni poco estese, ma distinte, e capaci di ricevere una testa di spillo; finalmente, affatto in dietro, le corde vocali superiori erano interrotte da un'ulcerazione profonda ed abbastanza estesa per entrarvi un piccolo nocciolo di ciriegia. Dal lato destro, quest'ulcerazione offriva nel suo fondo un vero tessuto di cicatrice, irregolare, bianchiccio, duro, capezzolato; a manca, all'incontro, l'ulcerazione, più profonda, era circoscritta da un tessuto nericcio, e conduceva in una specie d'escavazione, il di cui fondo anche nericcio era formato dalla faccia posteriore della cartilagine tiroide ossificata, e attaccata d'un principio di necrosi.

I legamenti inferiori della glottide, erano meno ulcerati che i superiori, ed offrivano minor gonfiamento. Il mancò però trovavasi, in una buona parte della sua lunghezza, come separato in due da un'ulcerazione longitudinale e superficiale, il di cui fondo era anche cicatrizzato.

I ventricoli del laringe erano tumefatti. La loro capacità era poco diminuita per lo gonfiamento dei legamenti sopra e sotto-stanti. Un colorito un pò nericcio osservavasi da ciascun lato della faccia interna del laringe, al di sotto delle corde vocali inferiori e a livello della cartilagine cricoide· Questo colorito pareva appartenere alle parti profonde, e si vedeva a traverso la trasparenza della membrana mucosa. Le parti esteriori del laringe non offrivano assolutamente alcuna alterazione.

In questa esservazione abbiam veduto un'afonia, che durava da diciotto mesi, ed un'alterazione profonda di tutti i tessuti che costituivano il laringe. Questi disordini sono stati evidentemente la conseguenza della fusione dei tubercoli polmonari dei quali si vedeva la traccia nella caverna enorme, che occupava la sommità del polmone sinistro. Le pareti di questa caverna, ricoperte d'una specie di membrana mucose, indicavano essere già scorso gran tempo da che questi tubercoli polmonari erano entrati in suppurazione.

Il cervello n n avendo presentato nulla di notabile, si può credere, che la morte di quest'uomo sia stata determinata, almeno in grandissima parte, dalla lesione organica del laringe; la quale lesione, prodotta sul principio dalla fusione dei tubercoli polmonari, persistette, abbenchè le ca-

verne lasciate da questi tubercoli siano sembrate tendere alla guarigione.

Forse anche non sarebbe impossibile che questa lesione del laringe avesse contribuito dal conto suo a produrre i tubercoli crudi, che osservavansi nei polmoni all'istante della morte.

In questo caso, la tisi laringea sarebbe stata successivamente effetto e causa?

Osservazione XXII (1).

Costituzione debole, disposizione congenita alla tisi.—Raffreddori frequentemente reiterati e per lo più trascurati. — Raucedine, difficoltà del respiro sempre crescente e minacciante ben tosto l'asfissia.—Corso lentissimo sul principio, indi rapido.— Effetto in pria dubbioso, poi nessuno, dei trattamenti adibiti.— Tracheotomia. — Riuscita facile dell' operazione.— Minaccia di tubercolizzazione dei polmoni.— Uscita dall'ospedale.— Morte per causa d'una tisi acuta tre mesi dopo l'operazione.— Anatomia patologica del laringe e della trachea.

Il 24 giugno 1835, si coricò, al n. 45 di Sainte-Martine, un certo Giuseppe Morin, d'anni 30, fornajo, nato a Saint-Senas, dipartimento dell' Aisne, dimorante per ordinario ad Ivry. Quest'infermo, d' una costituzione debole e linfatica, infermiccio, non potè darci che informazioni inesatte sull'origine e l'andamento della sua malattia; intanto faceala rimontare a più di diciotto mesi. Da quest'epoca, era sempre restato soggetto a raffreddori frequenti, a mali di gola e ad una raucedine, che aumentava successivamente all' occasione di ciascun nuovo raffreddore. Tre mesi innanzi d'entrare all'Hotel-Dieu, fu necessario, per una simile ricrudescenza, di applicargli delle sanguisughe alla gola. Dietro alcune altre particolarità somministrate dall'infermo, parrebbe che la di lui madre ed uno dei suoi fratelli o sorelle sien morti tisici; parrebbe inoltre ch'egli stesso, negli ultimi tempi, sia stato posto all'uso dell'iodio da un medico del suo paese.

Il 24 giugno, giorno del suo ingresso, era egli debole,

(1) Comunicata dal signor Fournet, interno degli ospedali. *In questa osservazione, abbiam creduto dover conservare testualmente la redazione del signor Fournet.*

pallidissimo, un pò magro; la sua voce era rauca, fioca, con sentimento di dolore, o piuttosto di molestia nella gola e nella regione del laringe, ove l'infermo portava spesso le mani. Espettorazione poco abbondante, vischiosa, densa, in seguito di assalti di tosse e di soffocamenti, sul principio lontanissimi e leggerissimi, e che poi acquistarono insensibilmente maggior frequenza ed intensità. Nel durare di essi, la respirazione era accelerata, ortopnoica, strepitante nei due tempi, qualche volta anche un poco sibilante; la faccia dell'infermo era affannata, i lineamenti contratti. In tutt'altro tempo, l'ammalato era tranquillo, e la respirazione solamente era alquanto strepitante ed un pò accelerata. La esplorazione del petto non diede un soddisfacente risultato; il suono era buono a destra e a manca, e l'ascoltazione faceva sentire alle sommità solamente, e soprattutto a manca, una respirazione oscura, poco espansiva, poco vescicolare, e senza alcun altro strepito anormale, che un dubbioso schioppettio nei primi giorni, tanto esso era debole, ma che in seguito, al cominciare del mese di luglio, parve divenire più persistente e più distinto. L'infermo offriva uno stato febbrile vago, poco costante, poco regolare, accompagnato da grandissima aridità della pelle: alcuni gargarismi, dei cataplasmi emollienti sul collo, un piccol numero di sanguisughe applicate a più riprese sulle parti laterali del laringe, i piediluvii, un regime addolcente all'interno, furono i mezzi che pei primi quindici giorni adibironsi. Il loro effetto, sul principio incerto, ondeggiante tra il meglio e lo stato stazionario, divenne in seguito decisamente nullo, e allora il peggioramento dello stato dell'infermo si rese permanente.

L'8 luglio esservossi che la voce dell'infermo era divenuta molto più bassa, più rauca, più soffocata, e la respirazione sempre più difficile, laringea, e sibilante. Nei seguenti giorni, questi sintomi aumentarono con una rapidità sorprendente. L'infermo in uno stato d'ortopnea continua, veniva di quando in quando assalito d'accessi di soffocazione sempre più minaccevoli, i quali non cessavano, che coll'espulsione convulsiva d'una piccola massa di mucosità dense e vischiose. Sin dai primi giorni di luglio, eransi praticate delle frizioni nella regione laringea colla pomata di Autenrieth; vi si svilupparono un grandissimo numero di pustole, che procacciarono all'infermo un bruciore vivissimo, ma nessun miglioramento, nè anche momentaneo nella dispnea. Furono applicate il giorno 10 e 11 luglio alcune sanguisughe sulle parti la-

terali del laringe, e non se n'ebbe nemmeno alcun utile risultato.

La sera del giorno 11, cercando di ritardare vieppiù la necessità della tracheotomia, coll'allontanar l'imminenza dell'asfissia, feci applicare un vescicatorio sulla parte anteriore del collo. La vescicazione ebbe luogo perfettamente, abbenchè l'infermo non ne sentisse quasi il dolore; ma l'indomani mattina 12 luglio, lungi di trovarsi in uno stato migliore, cadde in un'ortopnea vieppiù considerevole, e la sera del 12, la sua faccia era pallida, terrea, d'una tinta un pò violetta verso gli orificii mucosi: la lingua era affatto scolorata e un pò violetta insieme. Il freddo delle estremità, il sudor vischioso, spiacevole al tatto, che occupava tutto il corpo e che già univa alla sua vischiosità un senso di freddo cadaverico alla faccia e sull'alto del petto, tutto annunciava che fra pochi istanti l'infermo cesserebbe d'esistere. Ei domandava, con voce quasi estinta e interrotta, l'operazione. Io la praticai immantinente, ajutato dai miei confratelli, interni dell'Hotel-Dieu. Il caso era stato previsto; dappoichè, alla visita della mattina, i medici di servizio, Danyau e Piedagnel, mi avevano impegnato a praticar l'operazione, se, nell'imminenza dell'asfissia, mi sembrasse offrire qualche risorsa.

Terminata l'operazione, l'infermo si trovò meglio; e dopo molti accidenti dipendenti o dall'infermo, o dai diversi modi di medicatura adibiti, la respirazione ebbe luogo mediante la canula lasciata nella trachea, e la convalescenza non tardò a stabilirsi.

Dal 3 al 9 agosto, l'infermo proseguì ad essere in buono stato, interrotto però di quando in quando da una piccola febbre generale, da mal essere, d'affievolimento; sulla fine di questo tempo, cadde in uno stato di noja e di nostalgia che facevagli, ad ogni momento, desiderare di ritornare nel suo paese. Il 19 agosto, cedendo alle sue dimande e alle istanze dei suoi parenti, fu lasciato uscire; era egli allora in istato di bastare a se stesso, sapendo benissimo ricollocare la sua canula allorchè andava a disordinarsi o a cadere. Le parole di riconoscenza che egli ci attestò nel congedarsi furono pronunziate con una voce più *alta* e meglio *articolata* che sino allora. In quel giorno, l'ascoltazione del suo petto, fatta colla consueta attenzione, oltre l'oscurità, oltre lo stato imperfettissimo della espansione polmonare, osservate sino a questo giorno, ci fece sentire nel davanti della sommità del polmone manco un leggiero scricchiolamento, ma soltanto

nelle forti inspirazioni; la risonanza era da questo lato del petto perfettamente buona.

Uscendo dall'Hotel-Dieu, Morin andò ad abitare in Jvry; sulle prime, le sue forze si ristorarono; il suo stato generale parve migliorare con grandissima rapidità; ma, malgrado le cure colle quali non cessò d'essere assistito, malgrado il buon regime cui fu sottoposto, e l'abitazione sanissima in cui fu collocato, e la vita del tutto igienica che vi menò, quello stato febbrile generale che noi avevamo già osservato più volte con inquietudine all'Hotel-Dieu, ricomparve e non tardò a rivestire del tutto il carattere ettico. Lo smagrimento, la debbolezza sempre crescente, una diarrea colliquativa abbondante, si dichiararono, e questo infelice, dietro d'avere sfuggito ai pericoli d'un' operazione grave, perì, sul finir di settembre, al corso rapido d'una tisi acuta; ei respirò sino alla fine per mezzo della sua canula, senza che sopravvenisse giammai alcun accidente da questo lato.

Il medico d'Jvry, che fu chiamato a prestargli l'ultime cure, fece l'apertura del cadavere, e trovò una vasta tubercolizzazione della sommità dei polmoni, ma soprattutto del manco; recise poi con diligenza il laringe e la trachea, ed ebbe la bontà di recarci egli stesso il pezzo a Parigi. Io lo mostrai al signor Trousseau ed uniti ne facemmo il più diligente esame.

L'osso ioide e la membrana tiro-ioidea non offrivano alcuna alterazione. I tessuti che ricoprivano la parte anteriore della cartilagine tiroide conservavano il lor colore e la loro pieghevolezza normali. Ma diggià sulle parti laterali di questa cartilagine, il tessuto cellulare diveniva un poco più denso, e i fascetti muscolari di questa regione, appartenenti o ai tiro-ioidei, o ai costrittori inferiori del faringe, offrivano un aspetto bruno, nericcio, ed erano leggermente rammolliti. Lo spazio compreso tra l'orlo inferiore della cartilagine cricoide e il primo anello della trachea, era occupato da un cercine prominente, irregolare, che comprendeva nella sua spessezza la cartilagine tiroide, e formato era, siccome dimostrava la dissezione, dall'indurimento scirroso delle parti molli di questa regione; il tessuto cellulare era convertito in un tessuto bianco-sporco, d'una consistenza semilardacea, mentre che i muscoli crico-tiroidei, crico-aritenoidi laterali, offrivano una sostanza molle, bruna, nericcia, confusa nella spessezza del tessuto precedente.

L'indurimento, il gonfiore di queste parti continuavano sopra tutta la parte superiore della trachea, principalmente sugli orli della ferita di quest'organo; ma questa alterazione

diminuiva a misura che andavasi più lontano dal laringe. Il tessuto cellulo-fibroso che circonda la trachea era sano nei due terzi inferiori della sua lunghezza.

L'apertura lasciata dall'operazione fatta alla trachea restava naturalmente spalancata; i suoi bordi, sporgenti in avanti, erano come merlati, e ciascun dente delle sue merlature era formato dall'estremità denudata delle cartilagini della trachea. La superficie d'incisione di queste cartilagini non era avviluppata da nessuna membrana di cicatrice. Gl'intervalli delle merlature erano limitati dal tessuto cellulo-fibroso indurito; il suo diametro trasverso era di quattro linee e il verticale di nove linee; la parte superiore dell'incisione, terminata in punta, esisteva al di sopra della cartilagine cricoide, la quale era stata, nella operazione, incisa sin quasi al suo bordo superiore, e le di cui due metà, allontanandosi inferiormente l'una dall'altra, davano alla parte superiore della ferita la forma ad angolo di che ho parlato; il rimanente dell'incisione comprendeva i tre primi anelli della trachea.

Dilatata nel suo diametro antero-posteriore, a livello della ferita, a cagion dell'allontanamento dei bordi dell'incisione, e ristretta, all'incontro, allo stesso livello nel suo diametro trasverso, la trachea, al di sopra di questo livello, era viceversa fortemente appianata da avanti in dietro, ed offriva perciò il suo diametro trasverso grandemente accresciuto.

Dei gangli bronchici, nericci, induriti, circondavano l'estremità della trachea e il principio dei bronchi.

L'epiglottide, quasi verticalmente collocata e ferma in questa posizione, era fortissimamente ricurvata in grondaia. Il gonfiamento dei legamenti ariteno-epiglottici era tale che l'apertura superiore del laringe ne era ridotta ai diametri seguenti: trasversalmente quattro linee e mezzo, da innanzi in dietro, quattro linee; i due enormi cercini che risultavano da questo gonfiamento, riempivano interamente le due escavazioni che esistono tra la parte posteriore laterale della cartilagine tiroide e l'apertura posteriore del laringe, e comprendevano nella loro spessezza le cartilagini aritenoidi e le parti adiacenti, estendevansi sino agli orli dell'epiglottide, e andavano sin anche a diminuire colla loro sporgenza il diametro antero-posteriore dell'esofago. La tumefazione era, al contrario, molto meno considerevole dal lato manco che dal lato destro; la sua natura era edematosa; intanto, nelle parti le più centrali, le più profonde, i tessuti erano di grado in grado più induriti.

Le corna posteriori inferiori della cartilagine tiroide (piccole corna) erano intieramente denudate e prominenti , in mezzo alle parti molli, ulcerate, bigicce, indurite e scollate che le circondavano. Questa parte della cartilagine era, nell'estensione di sette linee, dura, ossificata, nericcia, in una parola necrosata.

Tutto lo spazio compreso tra il livello e l'alto della trachea era occupato da una vasta escavazione rotonda di nove linee di diametro, i di cui bordi, formati da tessuti degenerati , d'un nero bigiccio , lasciavano vedere nel fondo, interamente denudato, tutta la parte posteriore della cartilagine cricoide ossificata e convertita in necrosi , nericcia , rugosa, una parte della quale era già compiutamente isolata dal travaglio d'eliminazione e contenuta in una specie d'escavazione, con pareti solide, ma non ossee, in una parola, era un vero sequestro.

La parete posteriore, o membrana della trachea, del pari che il tessuto cellulare fibroso della parte esteriore, era fortemente ispessita e indurata al punto d'offrire tre linee di grossezza, e diminuiva a misura che andavasi allontanando dal laringe; lo strato muscolare di questa parete costituiva la maggior parte di questa spessezza ed offriva dei fascetti separati da certe strie bianchicce , che andavano a perdersi nello strato sotto-mucoso, e da un altro lato nello strato cellulo-fibroso esterno. Queste strie altra cosa non erano che il tessuto cellulare intermuscolare indurito.

Le glandole tracheali erano cresciute di volume e indurite, e alla parte superiore della trachea, dove l'alterazione era più avanzata, trovavansi anche del tutto confuse coll'indurimento dei tessuti di questa regione.

Tutta la parte interiore del laringe compresa al di sopra delle corde vocali superiori , era gonfia ed occupata da ulcerazioni molto estese, ma superficiali , che davano a questa parte un aspetto reticolato: le ulcerazioni non comprendevano tutto al più che la spessezza della membrana mucosa. Nella loro parte anteriore, le corde vocali erano gonfiate in modo da ridurre a due piccole fossette i ventricoli del laringe; ma nella loro metà posteriore, le corde vocali e i ventricoli eran distrutti da una vasta ulcerazione la quale, da alto in basso, occupava tutto il terzo inferiore dei legamenti ariteno-epiglottici, ed estendevasi sino al bordo inferiore della cartilagine cricoide , val a dire , comprendeva nella sua direzione verticale sedici linee d'estensione, mentre che ne presentava tredici nella sua direzione trasversale.

Il fondo di questa vasta superficie ulcerata, molto irregolare, d'alcune linee di profondità in certi punti, offriva in alto alcuni brani di parti molli, sporgenti, induriti e nericci, e in basso un' escavazione larga e profonda in cui osservavansi a manca i frammenti necrosati della cartilagine cricoide. A destra, questa escavazione, molto meno profonda, non era formata che dallo scollamento delle parti molli attorno della cartilagine ossificata e necrosata. Nella porzione manca appunto di questa escavazione, a pareti lisce, resistenti, come cartilaginee, trovavasi contenuto il frammento sequestrato di cui sopra ho già fatto parola.

Al di sotto della parte anteriore delle corde vocali superiori, la mucosa laringea era sparsa di piccole ulcerazioni superficiali, occupanti tutto al più la spessezza di questa membrana, e disposte a piccole piastre.

Ulcerazioni della stessa forma e natura osservavansi alla parte superiore della trachea, attorno della ferita d'operazione fatta in quest'organo.

Scheletro del laringe. I dettagli nei quali siamo entrati più alto bastano per far comprendere la natura dell'alterazioni di questo scheletro.

Osservazione XXII bis.

Catarri frequentemente rinnovati.—Afonia.— Inspirazione d'alume. — Pozioni solforose.— Miglioramento.— Ritorno degli accidenti.—Toccamento della gola col nitrato d'argento senza niun risultato.—Segni razionali di tisichezza polmonare.

Madama M...,d'anni 29, nata da una madre, che morì di colera e da un padre, che morì all'età di 40 anni, d'un catarro.

Ebbe sei figli dei quali non allattò alcuno.

Di questi figli, due morirono nella prima età, e, di quelli che restano, l'uno, di cinque anni, è scrofoloso, e due piccole fanciulle, l'una di tre anni e l'ultima di undici mesi, sono rachitiche.

Quest'inferma, fu, per tutta la sua vita, soggetta a catarri, che ritornavano in tutti gl'inverni.

Nel mese di luglio 1835, prese un catarro più violento e più ostinato degli altri, e nel corso del quale sputò quattro o cinque volte sangue, ciò che non era a lei avvenuto mai per l'innanzi.

Il 26 agosto, trovavasi nello stato seguente: le regole soppresse da tre mesi; tosse molesta, soprattutto la notte; sonno quasi impossibile; espettorazione difficile di sputi vischiosi, opachi, aderenti al vase; suono matto sotto le due clavicole, specialmente a destra.

Respirazione senza mescolanza di rantolo, ma il di cui strepito espiratorio era molto più forte, che lo strepito inspiratorio.

Dispnea considerevolé; debolezza estrema; pallor generale.

Contemporaneamente alla tosse, erasi manifestata una rancedine la quale aveva, da quindici giorni, degenerato in un'afonia assoluta; non eravi intanto dolore al laringe, nè difficoltà all'inghiottire; la gola non mostrava all'esame niente d'anormale.

Il polso dava 85 battute.

Appetito quasi perduto; gli alimenti ingeriti però passavano bene.

Prescrizione. Infuso di fiori pettorali; una pillola, mattina e sera, con un grano di polvere di digitale da crescersi progressivamente sino a dodici grani al giorno.

10 settembre, la tosse era diminuita; la digitale aveva cagionato qualche nausea, e degli abbagliamenti; le urine colavano in più gran copia, che non per l'innanzi; lo stato generale e l'afonia erano sempre gli stessi.

Si diminuì di due grani al giorno la dose di digitale.

19 settembre, qualche miglioramento, assenza di nausee, urine abbondanti; polso di 70 battute; l'afonia sempre assoluta.

Prescrizione. Si fecero praticare nel laringe tre volte al giorno dell'inspirazioni colla polvere seguente:

P. Acetato di piombo cristallizzato . 1 parte
Polvere di zucchero candido. . . 7 parti

Si fece sospendere la digitale, che affaticava molto.

21 settembre, l'inferma lagnavasi, che le sue inspirazioni d'acetato di piombo le cagionavano degli accessi di tosse lunghi e penosi; noi osservammo, che queste inspirazioni erano troppo *copiose;* diminuimmo di due terzi la quantità ch'ella prendeva, e più non fuvvi allora che alcuni movimenti di tosse, che ben presto calmavansi; il polso era a 60; l'ammalata. sebbene debole, trovavasi benissimo; aveva sempre sudato molto, la sua voce era alquanto ritornata, poteva farsi sentire e sosteneva con molta franchezza i suoni.

Pozione con mezzo grano d'oppio: per bevanda un mezzo

bicchiere di latte ed acqua cui si univano quattro cucchiai da caffè della soluzione seguente

P. Solfato di potassa, 12 grani
Acqua distillata . 4 once

23 settembre. Miglioramento notabile; la voce aveva riacquistato anche una risonanza maggiore, l'espettorazione era facile, poca la tosse, l'appetito maggiore, le forze rialzate.

Lo stesso trattamento.

26. L'ammalata aveva riacquistato delle forze, stava alzata una buona parte del giorno, dormiva benissimo, l'appetito era migliorato, la espettorazione offriva sempre lo stesso carattere, persistevano i sudori notturni, la voce era ancora molto più sonora e più forte, che all'epoca della nostra ultima visita.

29. L'ammalata disse, che le sue forze ritornavano; la sua voce era sempre un poco velata, ma quasi naturale (aveva essa proseguito le inspirazioni saturnine senza interruzione).

La stessa prescrizione.

3 ottobre. Il miglioramento continuava, le forze si sostenevano, l'appetito divenne migliore, la tosse era meno violenta e meno strapazzante; intanto ebbe luogo, questa mattina stessa, un'emottoe considerevole; i sudori notturni non avevano mai cessato.

La stessa prescrizione.

8 ottobre. Novella emottisi, che produsse molto sollievo; lo stesso stato progressivo di miglioramento; l'ascoltazione permise di sentire lo strepito respiratorio puro; ma l'espirazione era più sensibile, che l'inspirazione; la voce rimaneva nel medesimo stato.

La stessa prescrizione; si cessò dall'inspirazioni saturnine.

L'11, 14 e 17 ottobre, il medesimo stato; le forze aumentavano, i sudori notturni diminuivano, gli sputi erano meno abbondanti e più mucosi.

La stessa prescrizione.

Il 20 ottobre. L'inferma era jeri uscita; sentivasi bene, la voce era un poco più velata.

23. Qualche vestigio di sangue negli sputi; la voce era vieppiù velata, tutte le funzioni eseguivansi bene, la tosse era divenuta più rara e meno penosa.

La stessa prescrizione.

27. La voce era quasi estinta siccome all'epoca della nostra prima visita.

La medesima prescrizione.

30. Lo stesso stato, la stessa prescrizione.

5 novembre. Sudori notturni più copiosi, espettorazione facile, gli sputi sempre più mucosi e meno abbondanti, alcuni accessi di tosse alquanto penosi, una leggiera febbre; l'inferma usciva da alcuni giorni, l'oppressione era sempre grandissima, ma non impediva ormai di salire le scale; digestione facile, appetito buono *siccome nella salute*; afonia quasi assoluta. Noi toccammo il laringe con una soluzione di: acqua una libbra, alume un'oncia; l'ammalata ci disse che, sul consiglio di un'amica, aveva fatto per il corso di più giorni dell'inspirazioni d'infuso di sambuco, e che l'afonia era sembrata piuttosto crescere, che diminuire.

8 novembre. La stessa raucedine, tosse penosa, i sudori notturni erano ricomparsi da due giorni, l'inferma lagnavasi del loro odore spiacevole e nauseoso. Si toccò la gola colla soluzione d'alume.

La stessa prescrizione, pozione con mezzo grano d'oppio.

12 novembre. Afonia assoluta, lo stesso stato generale. Toccossi la gola con una soluzione di: nitrato d'argento, una parte; acqua, quattro parti.

15 Ebbe luogo jeri un'emottoe abbondante, i sudori notturni furono minori; il toccamento col nitrato d'argento non produsse alcun effetto; fu rinnovellato.

La stessa prescrizione.

20 Nessuna modificazione dopo il 15. Si sospese il toccamento della gola.

23 Lo stesso stato. Applicammo un cauterio al braccio sinistro; continuazione della soluzione di solfuro di potassa, e della pozione con mezzo grano d'oppio.

15 gennaro 1836. Avevamo noi cessato di veder l'ammalata da circa due mesi; in questo spazio di tempo, aveva ella avuto molte alternative di meglio e di peggio. I sudori notturni erano, da un mese, ricomparsi con una novella intensità.

L'oppressione era considerevole, la tosse penosa, l'espettorazione facile, gli sputi striati di pus, il polso piccolo, debole, frequente, ed avevan luogo nella sera delle notabili esacerbazioni.

Parve a noi di sentire del gorgogliamento alla sommità del polmone destro; intanto l'ammalata era piena di speranza, le sue forze le permettevano di darsi ancora alle sue occupazioni giornaliere; l'appetito, sebbene diminuito, era nulla di meno sufficientissimo; gli alimenti passavano bene, la voce era alquanto ritornata.

Prescrizione. Pozione con solfuro di potassa, quattro gra-

ni, acqua tre once. La sera, giulebbe con mezzo grano di oppio.

1 febbraro. Lo stato era presso a poco lo stesso, l'ammalata aveva intanto avuto, per il corso di otto giorni, una dissenteria con coliche violente, ma che era, già da tre giorni, cessata. La febbre ettica erasi gia ben dichiarata, l'appetito diminuiva di giorno in giorno, le forze cadevano, e riusciva facile di prevedere il termine di questo terribile insieme di sintomi.

Torna qui difficile d'assegnare il luogo, che deve occupare la tisi laringea, relativamente all'ordine di sviluppo: l'alterazione del polmone è stata da noi osservata contemporaneamente a quella del laringe, e l'inferma diceva che la raucedine e il *catarro* avevano cominciato all'epoca stessa. Che che ne sia, si vede che la voce potè essere ricondotta quasi al suo tuono naturale mercè un trattamento locale, e malgrado la persistenza dell'affezione polmonare. Questa parve sulle prime arrestarsi nel suo corso, l'appetito e le forze ritornarono a poco a poco, i sudori notturni divennero meno copiosi, il polso ritornò al suo tipo normale.

Tutto a un tratto, ritorna la raucedine, i mezzi adibiti non possono modificarla, e ben tosto l'affezione polmonare ripiglia un'attività novella.

È difficile di non veder qui l'influenza esercitata dall'affezione del laringe sopra quella del polmone.

Questo esempio prova almeno che, se la disposizione tubercolosa aveva sulle prime prodotto l'alterazione del laringe, questa ultima potè a sua volta imprimere ai tubercoli polmonari un'attività novella. Prova inoltre, che non si dovrà rinunziare a qualunque trattamento della malattia del laringe, per la sola ragione di trovarsi sotto la dipendenza di produzioni tubercolose degli organi polmonari.

CAPITOLO V.

SINTOMI

Passiamo ora ad indicare, in una maniera generale, i sintomi della tisi laringea. Faremo in primo luogo rilevare le forme, che ciascuna specie più particolarmente affetta; tenteremo in seguito d'indicare i rapporti, che esistono tra la tale lesione più speciale del laringe e la tale o tal altra serie di sintomi; in ultimo passeremo rapidamente in rivista le ma-

lattie che potrebbersi confondere colla tisi laringea, e diremo in che esse ne differiscono.

Sintomi della tisi laringea in generale. In tutto il primo periodo della malattia, i soli sintomi locali fissano l'attenzione del medico.

I sintomi generali non si manifestano che nel corso delle malattie acute del laringe le quali dan luogo allo sviluppo della tisi laringea, o quando questa ha pigliato uno sviluppo minaccevole.

Allo studio dunque di questi sintomi locali prestar dovremo in primo luogo tutta la nostra attenzione.

A. *Alterazione nel tuono della voce.* Uno dei primi sintomi che colpiscono, è l'alterazione nella voce.

Sul principio, questa alterazione consiste qualche volta in un semplice affievolimento, più spesso in una raucedine sensibilissima.

Questa raucedine è ora continua, ora ritorna allorchè gli infermi faticano il laringe o quando si espongono ad una temperatura diversissima da quella in cui abitualmente vivono.

Nulla di meno, ed è ciò degno di tutta la considerazione, il passaggio da una temperatura media ad una temperatura fredda, arreca molto meno, che la transizione dal freddo al caldo. Questo fenomeno, comunque singolare che sembrar possa a prima vista, è il risultato dei fatti numerosi, che noi abbiamo raccolto, e confesseremo francamente d'averci arrecato non poca maraviglia. La voce trovasi anche, nel principio dell'affezione, meno rauca allorchè vedonsi gli ammalati in letto o al sortire dal letto, e la loro fonazione presenta allora una chiarezza, che più non si osserva in sulla sera.

Questa ineguaglianza nel tuono della voce dipende qui probabilmente da ciò che il laringe, rimasto in riposo durante il sonno, torna a faticarsi di nuovo nel corso del giorno.

Un'osservazione, che ha sfuggito agli autori che han trattato delle malattie del laringe, si è questa, che se il bisogno di mangiare fassi fortemente sentire, la raucedine è per ordinario sensibilissima, e che dispare al contrario interamente o quasi interamente dopo il pasto per ritornare ben tosto allo stesso punto.

Non crediamo cosa inutile d'insistere sopra questi minuti dettagli, atteso che ci siamo noi stessi bene spesso ingannati nel giudizio che portavamo sullo stato del laringe, e ciò per avere ignorato queste singolari variazioni e le cagioni che le producevano.

L'epoca della mestruazione fa anche variare la raucedine, e la voce trovasi per ordinario nelle donne maggiormente alterata la vigilia o l'antivigilia della comparsa delle loro regole.

L'uso, l'abuso dei piaceri venerei l'accrescono considerabilmente.

Intermittente nel primo periodo della malattia, la raucedine diviene ben presto continua, e può rimanere così sino alla fine, abbenchè il più spesso l'estinzione della voce sopravvenga nel secondo periodo.

Riesce difficile di far comprendere con una descrizione le gradazioni della raucedine. Un orecchio esercitato riconoscerà non per tanto queste gradazioni le quali corrisponderanno, per alcune almeno, ad alterazioni particolari del laringe. Così, v'hanno delle raucedini che fanno percepire all'orecchio un suono mucoso e velato, ma le quali indicano nulla di meno, che la colonna d'aria non è libera nel suo passaggio; è questa la raucedine, che abbiamo chiamata *mucosa*, è quella stessa che si suole sentire nei più semplici raffreddori, e la quale, al orchè è persistente, indica il più spesso un'infiammazione catarrale.

Ma in altri casi la voce è ad una volta rauca, ineguale e come aspra; è questa la raucedine che noi abbiam chiamata *stridente;* questo è un sintomo grave, in quanto che corrispende quasi sempre ad un' ulcerazione, od a vegetazioni nel laringe.

In quanto all'afonia, e con questa parola intendiamo l'abolizione assoluta della facoltà di produrre dei suoni, sopravviene, dicemmo poco anzi, nel secondo periodo della malattia: è quindi un sintomo grave.

Nulla di meno, questa gravezza è subordinata a molte condizioni le quali la modificano singolarmente.

L'afonia che sopraggiunge di lancio in una malattia acuta del laringe e che persiste quando il male è passato allo stato cronico, non è gran fatto così cattiva siccome quella ch'è venuta progressivamente.

Quella che succede alla raucedine *mucosa* non ha la stessa gravezza di quella che sopravviene dopo la raucedine *stridente*, e ciò che sopra dicemmo ne renderà facilmente ragione.

Presso taluni ammalati l'afonia offre delle variazioni molto curiose. La voce, interamente estinta la sera, è soltanto rauca la mattina, al momento del levarsi, ed immediatamente dopo il pasto. Si capisce che questa forma dell'afonia debba essere

l'espressione d'un'alterazione organica più superficiale e, per ordinario, semplicemente catarrale.

L'ineguaglianza della voce è, nella tisi laringea, un fenomeno più comune di quanto i medici e gli stessi inf rmi comunemente non credono. Allorquando si ha il laringe malato, si diminuisce istintivamente il volume del suono da emettersi, e si proporziona, in generale, l'emissione dell'aria alla intensità della fonazione. Ne risulta che non si fanno quelle intonazioni discordanti ed ineguali che, per gli strumenti a vento, chiamansi *Kouacs* (che ci si perdoni questa triviale espressione, che sola può rendere il nostro pensiero). Ma negli ammalati i quali vogliono, malgrado l'alterazione del laringe, dare alla lor voce tutto lo sviluppo che aveva per l'innanzi, l'insufficienza dello strumento vocale dà alla voce degli strepiti inattesi e discordanti. Ciò è quanto abbiamo osservato più volte nei cantanti e negli avvocati: il colonnello B***, il quale gode, nell'armata, d'un'alta riputazione militare, ne fornisce un esempio notabile. Egli ha da due anni un'affezione cronica del laringe per la quale è venuto a consultarci. Nella conversazione ordinaria la sua voce offre il carattere della raucedine *stridente* a un debol grado, ma è perfettamente eguale, e, tranne il tuono, resta abbastanza flessibile per prestarsi ancora facilmente alle intonazioni d'una conversazione animata. Ma allorchè comanda il suo reggimento, la sua voce ha degli strepiti ineguali e talmente singolari, che uopo è agli officiali ed ai soldati di tutto il rispetto che il colonnello ha saputo conciliarsi per contenersi dal ridere. Le finali, per l'emission delle quali il tubo vocale ha bisogno d'essere largamente aperto, non possono essere pronunziate senza *Kouacs*; così la parola *Lancia* (ei comanda un reggimento di lancieri) non è mai detta senza che la voce di petto, sin là larga e sonora, non si converta immediatamente in un gagnolio stridolo spiacevolissimo.

Questa ineguaglianza ha qualche rapporto con quello che allo spesso si osserva all'epoca della pubertà dei giovanetti: ne differisce nulla di meno in ciò che, in questi, la voce non è affatto ranca, ma solamente discordante e di due tuoni diversi.

B. *Tosse.*— La tosse, nella tisi laringea, non offre il più spesso nulla di particolare, nè differisce da quella che si può osservare in molte malattie del petto.

In generale però è più frequente e più penosa.

Il suono della tosse partecipa sempre di quello della vo-

ce; rauca in coloro che son rauchi, fioca in quelli che sono afoni. Essa piglia però in questi ultimi, e in quelli che hanno la *raucedine stridente*, un suono affatto particolare che riputiamo importante di ben descriverlo qui.

Abbiam noi chiamato questa tosse *eruttante*, atteso che in fatti, quando l'ammalato tossisce, pare che faccia un *rutto soffocato*. Questo carattere della tosse è sempre il segno d'una gravissima alterazione del laringe.

Facciamo osservare in fatti che, nella tosse ordinaria, l'aria è cacciata da una parte dal diaframma e dai muscoli espiratori, e ritenuta dalla altra dalla glottide che si contrae. La forza dei muscoli espiratori prevalendo su quella dei costrittori della glottide, l'aria trionfa in fine di questa resistenza, ed attraversa con istrepito il laringe. Questo strepito brusco è ciò che chiamasi tosse.

Allorchè però lo strepito della tosse, invece d'essere netto e corto, si allunga al contrario ed ha luogo con le intonazioni d'un rutto, ciò avviene perchè la glottide è inabile a muoversi, o perchè delle profonde ulcerazioni ne rendono impossibile il chiudersi; ecco dunque la ragione che deve far riguardare la *tosse eruttante* come un sintomo sì grave.

Le differenze che presentano gli ammalati relativamente alla frequenza della tosse sono del tutto inesplicabili. Sono gli uni tormentati da una tosse continua, e talmente ostinata che non possono gustare un momento di riposo, e gli alimenti son rigettati per la contrazione dei muscoli espiratori; alcuni altri, all'autopsia dei quali sonosi trovate le medesime lesioni, avevano appena tossito e non sono succombuti che al gonfiamento crescente della membrana mucosa del laringe, e all'asfissia che n' è la conseguenza. La tosse, nel primo periodo, è per ordinario calmata dall'ingestione delle bevande e degli alimenti; non avviene lo stesso nell'ultimo periodo; le bevande e gli alimenti penetrano in parte nel laringe e provocano violenti assalti convulsivi di tosse che niuna cosa riesce a moderare. La frequenza della tosse non costituisce un segno cotanto grave quanto la sua rochezza e quanto l'alterazione del tuono della voce. Vedonsi taluni ammalati tossire ostinatamente per molti anni, presso i quali il polmone resta perfettamente libero, e senza che presentino d'altronde alcuna alterazione del laringe. Uno dei nostri clienti, il signor barone di Tremont, è in questo caso: Ei tossisce della maniera la più penosa, senza che le medicazioni le più energiche sien riuscite a sollevarlo; ma la voce rimane intonata e nulla havvi in lui che annunzi l'imminenza della tubercolizzazione del polmone, nè dell'ulcerazione del laringe.

C. *Segni somministrati dall'espettorazione.* — L'espettorazione, nella tisi laringea semplice, somministra caratteri negativi anzi che segni positivi: essa è, per l'ordinario puramente mucosa, trasparente, poco tenace; ora abbondantissima, come una semplice flemmorragia; ora poco copiosa, ed allora il muco è un pò meno diffluente.

Allorchè esiste un' ulcerazione, l'espettorazione, senza perdere i caratteri che venghiam d'indicare, offre non pertanto alcuni segni particolari. Delle piccole masse puriformi, mescolate spesso a strie di sangue, ed anche del tutto sanguinolente, sono espettorate senza sforzo, con un movimento piuttosto d'escreazione che per uno sforzo di tosse. Vedremo in appresso qual valore diagnostico debbasi accordare all'abbondanza dell'espettorazione puriforme.

D. *Dolore.* — In più della metà dei casi di tisi laringea ordinaria, il dolore è nullo dal principio sino alla fine della malattia.

Facciamo anzi osservare che coloro i quali avevano alquanto sofferto quando la malattia era nel suo principio, e la flemmasia era ancora allo stato acuto, cessano di soffrire allorchè la membrana mucosa e le cartilagini del laringe sono quasi interamente distrutte dall'ulcerazione o dalla necrosi.

Nel minor numero havvi un poco di dolore alla regione del laringe e segnatamente all'origine della trachea-arteria. Questo dolore limitasi qualche volta a un sentimento di bruciore. e noi non l'abbiam mai veduto cotanto vivo da tormentar molto gli ammalati. Ma il dolore, all'incontro, è vivissimo, presso che in tutti, nel momento della deglutizione, e gli ammalati sanno dirci benissimo di soffrire essi nell'inghiottire, e niente affatto nel parlare o nel respirare; che in conseguenza pare che non havvi in loro di realmente attaccato che il faringe.

Ora esaminando il faringe, non vedesi nulla che basti a spiegare cosiffatti sintomi, ed all'incontro se l'autopsia permetterà d'esaminare gli organi della voce, si troveranno nel laringe alterazioni organiche considerevoli.

In qual modo spiegare adunque questo difetto di concordanza tra le lesioni anatomiche e i sintomi? È cosa facile, secondo noi.

Quali sono per ordinario le parti più affette nel laringe? Se rivolgeremo i nostri sguardi sul capitolo ove ci siamo occupati dell'anatomia patologica, vedremo che, sia che esistano dell'ulcere, o che siavi necrosi o carie, la membrana mucosa che riveste l'epiglottide, i legamenti ariteno-epiglottici

e le cartilagini aritenoidi, è quasi costantemente la sede di un ingorgo infiammatorio considerevole. Or, questa porzione del laringe completa precisamente il faringe in avanti, e non può farsi alcun movimento di deglutizione senza che il bolo alimentare sia spinto contro questi tessuti infiammati e spesso ulcerati

Quando, all'incontro, toccasi il laringe in avanti e a traverso la pelle, la membrana mucosa infiammata trovasi protetta contro i nostri toccamenti dall'osso ioide e dalla cartilagine tiroide, e non può, per conseguenza, percepire l'impression dolorosa, salvo che non si comprima in modo da piegare le cartilagini o da far loro eseguire grandi movimenti. Aggiungasi a ciò che la membrana mucosa che riveste la parte superiore del laringe ha una grande sensibilità, che pel contrario é molto ottusa in quella che tappezza l'interno dell'organo; siamo stati noi in grado di convincerci di questo fatto in quelli ammalati che abbiamo tracheotomizzati.

E. *Segni ottenuti dalla vista.* Facendo aprir largamente la bocca degl'infermi e deprimendo la lingua col manico di un cucchiaio fortemente ricurvo, in modo da portar in avanti la base di questo organo si distinguerà perfettamente il velo palatino, l'ugola, le due amiddale e il fondo del faringe. È cosa importantissima il riconoscere lo stato di queste parti soprattutto quando trattasi d'una tisi laringea sifilitica: più sotto noi diremo il perchè. Lo stato dell'ugola merita anche un'attenzione speciale, atteso che, e lo dicemmo già trattando delle cause, la procidenza di quest'organo può qualche volta cagionare accidenti infiammatorii gravi dal lato del laringe.

Ma l'esplorazione dell'epiglottide è soprattutto d'un'estrema importanza: questo organo, siccome si fece già da noi osservare, abbenchè appartenente alla lingua, deve essere, nell'ordine patologico, considerato come un annesso del laringe.

L'anatomia patologica ci dimostra, in fatti, che il laringe non è quasi mai gravissimamente malato, senza che l'epiglottide non prenda parte a questa affezione.

Or son pochissimi gl' infermi nei quali si possa agevolmente veder l'epiglottide. Noi non ne abbiam trovato che due la gola e la lingua dei quali eran disposte in modo tale che potevasi veder l'epiglottide in tutta la sua faccia superiore. Imponendo al paziente di far alcune grida nell'atto dell'esame, vedesi l'epiglottide portarsi in avanti a ciascuna espirazione. In questi due ammalati, attaccati di tisi laringea ancor poco inoltrata, la membrana mucosa dell'epiglottide era

d'un rosso cerasa, e notabilissimamente ispessita. È probabile che i legamenti aritеno-epiglottici e la membrana mucosa laringea erano la sede della medesima alterazione.

Sarebbe certamente importantissima cosa d'avere, per esaminare il laringe dei mezzi analoghi a quelli che lo speculum ci ha somministrati. Da più anni, ci siamo noi occupati della formazione d'uno *speculum laryngis*. Si conosce quello del signor Selligue, ingegnosissimo meccanico, il quale, attaccato egli steso d'una tisi laringea, di cui è perfettamente guarito, eseguì, per uso del suo medico, uno speculum a due tubi, uno dei quali serviva a portar la luce sulla glottide, e l'altro serviva a riportare all'occhio l'immagine della glottide riflettuta in uno specchio collocato all'estremità gutturale dello strumento. Il signor Sanson, coltellinaio, via della Scuola di medicina, ci ha costruito uno speculum secondo un meccanismo analogo a quello del signor Selligue. Questo strumento, di cui non bisogna esagerar l'utilità, è d'un'applicazione difficilissima, e fra dieci ammalati ve ne sarà uno appena che potrà sopportarne l'introduzione.

Ed in vero, egli è d'un volume tale che riempre lo spazio compreso tra il bordo libero del velo palatino e la faccia superiore della lingua. Allorchè vien collocato nella bocca, provoca scosse di vomito talmente intollerabili, che bisogna quasi immediatamente levarlo; se poi vada a toccar il fondo della gola, e non é possibile che così non avvenga, il faringe si contrae convulsivamente, e con una tale energia che lo caccia nella bocca.

Nei casi i più favorevoli, quando lo speculum può essere ritenuto nell'istmo della gola, il costrignimento inevitabile del faringe, nuoce anche singolarmente a far vedere le parti profondamente situate.

Havvi un'altra difficoltà, la quale, da se sola, basterebbe a farci rinunziare per sempre all'uso di questo stromento, la presenza cioè dell'epiglottide. Questo coperchio ha una grande larghezza, e così esattamente ricuopre la parte superiore del laringe, da impedire del tutto che l'immagine di questo organo possa riflettersi nello specchio, e inoltre la luce projettata dallo stromento cade direttamente e necessariamente sulla faccia linguale dell'epiglottide, e l'ombra di questa cuopre esattamente il laringe e l'invola totalmente alla vista. È falso dunque che Bennati pretendeva veder la glottide collo speculum di Selligue; ei non vedeva in generale che la parte superiore dell'epiglottide, assai di raro l'apertura superiore del laringe, e ciò solamente quando il

raddrizzamento accidentale dell'epiglottide lo permetteva.

In quanto alla glottide, trovasi essa situata ad una tale profondità e in un modo tale, che riesce impossibile di esplorarla con lo speculum anche sul cadavere; con maggior ragione poi sull'uomo vivo, considerando soprattutto il rivolgimento convulsivo che provoca la sua introduzione, in quegli stessi che vi si sono maggiormente abituati.

Per riguardo al gonfiamento della regione anteriore del collo, non l'abbiamo ancora trovato mai nella tisi laringea semplice; e ciò si capisce facilmente, atteso che la membrana mucosa trovasi separata dal tessuto cellulare sotto-cutaneo per tutta la spessezza delle cartilagini. Facciamo osservare che, nel caso ancora di necrosi o di carie considerevole delle cartilagini, non vedesi il più spesso all'esterno alcun gonfiamento che possa far sospettare disordini cotanto gravi.

Non abbiam che una volta veduto venir fuori un tumore tra la cartilagine cricoide e la cartilagine tiroide; questo tumore, quasi insensibile nei primi tempi, coincideva nulla di meno con una tisi laringea manifestissima.

Fu d'uopo praticar la tracheotomia onde prevenire l'imminente asfissia, e vedemmo più tardi crescere questo tumore, e divenire un cancro enorme.

F. *Segni ottenuti col tatto.* Palpando il laringe si appercepisce qualchevolta una crepitazione la quale era stata da alcuni autori notata, segnatamente dal signor Laignelet, come un segno evidentissimo di tisichezza laringea.

Questo segno ci aveva sulle prime sedotto, tanto più che pareva dover esser prodotto dallo strofinio delle porzioni di cartilagine necrosate. Ma l'esperienza ci ha istruito che si rincontra il più spesso, anche quando il laringe è perfettamente sano; perde dunque una gran parte del suo valore. Non si dovrà intanto trascurarlo del tutto; ma sarà d'uopo impiegare la massima attenzione per distinguere se la crepitazione è prodotta dallo strofinio delle cartilagini del laringe sulla parte anteriore della colonna vertebrale, ovvero il risultato della confricazione delle parti di queste cartilagini separate l'une dall'altre per la carie o la necrosi. In quest'ultimo caso, lo strepito sarebbe probabilmente più secco e potrebbe esser prodotto stringendo il laringe tra le dita; mentre che, nel primo, non avrà mai luogo che quando si farà muovere il larige nella sua totalità.

Noi confessiamo di non aver ben distintamente appercepito la crepitazione risultante dallo stato patologico del laringe.

In quanto al toccamento per via della bocca, vien esso

consigliato in quasi tutti i travagli ove parlasi dell'angina laringea edematosa.

E primieramente, per ciò che concerne l'esplorazione della glottide, la cosa è fisicamente impossibile, non potendo il dito penetrar in un laringe.

Non può dunque trattarsi qui che dell'esplorazione dell'epiglottide e della parte superiore del laringe.

Or questa esplorazione è molto più laboriosa che non l'immaginano coloro i quali la consigliano senza averla probabilmente praticata in un gran numero di soggetti.

Non bisogna credere che il toccamento di queste parti sia così semplice siccome il toccamento del collo uterino; appena che il dito abbia superato la base della lingua, e tocchi solamente l'epiglottide, sopravviene uno spasmo così energico e così generale di tutte le parti toccate, che l'applicazione del dito non potendo durar più d'un secondo o due, giungerà appena a riconoscere le alterazioni più grossolane, come sarebbero le vegetazioni o i tumori.

In quanto all'ulcerazioni dei legamenti ariteno-epiglottici, non puossi, con questo mezzo, verificarne l'esistenza, od havvi sempre una grandissima difficoltà; e noi, abbenchè abituati a questo genere d'esplorazione, non vi siamo mai riusciti.

Abbiam letto, non senza maraviglia, ciò che han detto taluni degli autori i quali hanno scritto sull'angina laringea edematosa. A udirli, sarebbe facile di riconoscere col tatto questa grave malattia.

Noi pensiamo che sia ciò se non impossibile (vi siamo noi riusciti in alcuni soggetti e segnatamente nel signor P... osserv. 49), almeno estremamente difficile, e ne abbiamo poco anzi esposto le ragioni.

Il tatto non è dunque che raramente applicabile nella diagnosi delle malattie del laringe.

G. *Segni somministrati dalla respirazione.* Eccoci pervenuti ai segni i più importanti, dopo quelli che son relativi alla voce e da noi già analizzati. Nel primo periodo della tisi laringea, la respirazione non presenta, in generale, alcun disturbo, salvo che in alcune circostanze e quando l'infermo fa un esercizio violentissimo; il mormorio inspiratorio è, in questo caso, un pò forte; nulla di simile non si osserva relativamente al mormorio espiratorio. Vedremo in appresso che non avviene lo stesso nel secondo periodo.

Diciamo ancora che se, nel corso o al principio del primo periodo, venisse, per accidente, ad accrescersi l'infiammazione laringea, si manifestano allora i sintomi del crup acuto; questo caso è del tutto ecceczionale.

Ma a misura che la malattia fa dei progressi, l'oppressione va crescendo; ciò che può dipendere da due cagioni.

Se la malattia del laringe ha portato la consunzione con il meccanismo che indicheremo più sotto, ovvero perchè esistono contemporaneamente dei tubercoli polmonari, causa potentissima di tisi laringea, l'ammalato avrà della soffocazione, dell'anelito sotto l'influenza del più discreto esercizio e qualchevolta anche nello stato di riposo. In tal caso, l'oppressione non differisce in nulla da quella che si osserva nelle persone debolissime e negli altri tisici. Ma havvi un'altra forma di dispnea essenzialissima a conoscersi, quella cioè che dipende dal ristrignimento del laringe. Questa ha caratteri particolari, e noi tenteremo di dire sotto qual forma essa si presenta e qual è l'andamento che tiene.

Allorchè l'affezione ha durato lungamente e l'ostacolo all'ingresso e all'uscita dell'aria comincia a divenir considerevole, gli ammalati i quali non avevano avuto sin allora che l'anelito inseparabile dalla lor debolezza, cominciano a sperimentare ciò ch' essi chiamano accessi d'asma. I primi accessi si manifestano sul principio verso la seconda metà della notte, secondo che abbiamo noi osservato nel maggior numero dei nostri ammalati; qualchevolta, vengono essi svegliati per quattro o cinque notti consecutive dai parosismi, la di cui intensità cresce di giorno in giorno. Nel corso della giornata stanno essi meglio; non lasciano però d'avere una difficoltà di respiro insolita, e la sperimentano soprattutto quando montano una scala, ed allorchè fanno un esercizio violento.

Più tardi non possono rimaner coricati nel letto, e restano seduti e sostenuti da cuscini. Sperimentano anche nel giorno degli accessi simili a quelli della notte, e a contare da questo momento, l'inspirazione diviene abitualmente sibilante e l'espirazione lunga e strepitosa.

Ma fra non guari sopravvengono parosismi così violenti, che il sentimento d'una soffocazione imminente getta gli ammalati in una cupa ansietà. L'accesso si calma, ma l'ortopnea continua; indi sopravvengono dei nuovi parosismi d'ora in ora più ravvicinati, di grado in grado più intensi, sino a che finalmente gli infermi periscono soffocati.

Questi accessi hanno veramente qualche cosa di terribile. Il paziente, livida la faccia, la bocca aperta, le narine spalancate, l'occhio umido e prominente, la pelle grondante di sudore, passeggia a gran passi per tutto l'appartamento, aggrappandosi di tempo in tempo ai mobili, all'intelaiatura dei cammini, alla spagnoletta delle finestre, per respirare più age-

olmente; tiene ora la testa bassa e la faccia rivolta verso a terra, ora, e più spesso il suo collo è teso e la testa ro'esciata in dietro; indi oppresso dalla stanchezza, si asside ,er rialzarsi ben tosto.

Voi lo vedete sbarazzare la testa, il collo e il petto di tutto iò che li cuoprono, e spingersi con avidità ad incontrar l'aria redda delle finestre, che apre' egli stesso con una specie di abbia.

L'inspirazione intanto è sibilosa, cortissima, ed eseguita on tutto l'apparecchio dei muscoli inspiratori; ma l'espira:ione, abbenchè meno strepitosa, è lunghissima e del pari aboriosa che l'inspirazione. Nello stato ordinario, l'espiraione è passiva; qui è attiva quanto la stessa inspirazione.

Finalmente gli ammalati cadono in un abbattimento proondo: la respirazione, più frequente, è intanto più corta e embra meno difficile, l'aria espirata non è ormai più calda. utto il corpo contemporaneamente si raffredda; la faccia, di ivida che era, divien pallida e lucente, gli occhi perdono l loro splendore e la morte avviene tra una specie di calma.

Il tempo che scorre dal primo accesso d'ortopnea sino alla norte è per ordinario di quindici a venti giorni; e gli ac'essi non eominciano a ritornare più d'una volta nello spa:io di 24 ore che cinque giorni circa pria della morte.

V' hanno nulla di meno delle numerose eccezioni. Può suc:edere che in una laringitide cronica, sopravvenga tutto a m tratto un parosismo tale, che la morte può esserne la :onseguenza quasi immediata. Noi riportiamo due esempii notabili d'un esito di questa sorte: l'uno appartiene a Morgagni che si potrà leggerlo sotto il n. 32; l'altro è stato os:ervato dal signor Marjolin e da noi, e crediamo di doverlo qui inserire.

Osservazione XXIII.

Anni 42.—Buona salute anteriore —Accidenti primitivi comincianti dal laringe. Attacco improviso d' angina soffocante.— Voce rauca, quasi estinta·—Gonfiamento crescente dei labbri della glottide.—Imminenza d'asfissia.—Tubercoli polmonari ancora allo stato di crudità,

Il signor dottor C... medico a Calais, si condusse nel mese d'ottobre 1835 a Parigi, per consultar il signor Marjolin, l quale ci fece l'onore di unirci a lui, per veder l'ammalato.

Questi era d'anni 42, la sua vita era stata occupatissima e laboriosissima, la sua salute invariabilmente buona.

In marzo 1835 cominciò a sperimentare una piccola tosse secca, che divenne d'ora in ora più frequente, senza che intanto fosse accompagnata d' espettorazione. Vi si aggiunse ben tosto un poco di difficoltà di respiro, la quale però non era cotanto forte da impedire il signor C... di fare, a piedi, ogni giorno, trenta o quaranta visite mediche.

Nel mese di agosto ultimo sentissi colpito, *una mattina nella strada, d'un accesso di soffocazione che aumentò sì rapidamente che non ebbe il tempo di riguadagnare il suo albergo*.

Fu salassato, dopo di che respirò con minore difficoltà e fu ricondotto in sua casa, dove fu di nuovo salassato e gli si applicarono al collo delle sanguisughe e dei rivulsivi.

Dopo quindici giorni di cura e di buon regime, ristabilissi in parte, e potè riprendere le sue occupazioni. Conservò intanto una tosse ad intervalli, secca, rauca, affiocata; la respirazione divenne più corta. Ben tosto l'infermo non potè montare un appartamento senza sperimentare un anelito considerevole. In questo frattempo, si decise a fare il viaggio per Parigi.

Quando noi lo vedemmo, l'alterazione dei lineamenti era considerevole; l' ammalato ci disse ch'era molto dimagrato dopo l'invasione degli accidenti.

L'espirazione era facile, l'inspirazione laboriosa e sibilante; la tosse aveva esattamente il suono d'un *rutto arrocato*.

Noi lo facemmo leggere; il tuono della sua voce era rauco ed affiocato; quando, dopo d'aver letto una frase, riprendeva fiato, lo strepito inspiratorio facevasi sentire da lungi ed era accompagnato da un forte sibilo.

Esplorammo con attenzione i polmoni, ed eravi a manca e nella parte superiore, una mattezza notabile. Mormorio di mantice nell' espirazione; espansione polmonare nessuna in questo punto, alcuni gorgogli umidi rari.

La diagnosi non poteva essere dubbiosa; chiara era la esistenza dei tubercoli polmonari, ma pochi di essi erano rammolliti mancando del tutto l'espettorazione: intanto il laringe era talmente leso ch' eravi stata già minaccia di soffocazione, e l' oppressione andava facendo ogni giorno nuovi progressi.

Ci limitammo a consigliare al signor C... dei mezzi che non potevano avere alcun felice risultato, e due giorni dopo ei ritornò a Calais.

Erano appena scorsi quindici giorni, che sapemmo da

un farmacista dello stesso paese che C... era di nuovo in preda ad una terribile soffocazione, e questa volta i mezzi i più energici restarono senza effetto.

A questi fatti ne opporremo noi un altro, ed è quello del signor P..., di cui può leggersi l'osservazione sotto il numero 49.

Quest'uomo era rimasto più mesi in uno stato d'ortopnea abituale, e non per tanto guarì: ma confesseremo volentieri che noi avevamo per lungo tempo pensato non esservi per lui altra risorsa fuori che la tracheotomia; lo stesso deve dirsi della signora***e di madamigella Basinet (osserv. 49 *bis* e 49 *ter*, le quali, non può negarsi, erano come il signor P... attaccate d'angina laringea presunta sifilitica.

L'andamento e l'ordine di questi sintomi sono tanto più importanti a conoscersi in quanto che da ciò solamente sarà il medico in istato di giudicar dell'opportunità d'un'operazione chirurgica.

Uop'è, in fatti, ch'ei sappia qual è la durata comune del periodo dispnoico, ed è necessario che conosca esattamente a quai segni si possa giudicare esser la morte imminente, per tenersi pronto alla tracheotomia e non praticarla più presto o più tardi che non bisognerebbe.

Diremo in appresso, parlando del trattamento, quando e come deve essere questa operazione praticata.

Ritorniamo alla respirazione e alle forme che presenta nell'ultimo periodo della malattia.

Si è detto, e Bayle e il signor Thuillier hanno particolarmente insistito sopra questo segno, cioè, che quando i legamenti ariteno-epiglottici erano edematosi, l'inspirazione diveniva molto più difficile dell'espirazione, di che han essi fatto un carattere essenzialissimo.

A ciò noi risponderemo che, prevenuti di questo sintomo e cercandolo con molta diligenza ed attenzione, non l'abbiamo giammai rinvenuto.

Egli è vero che nell'inspirazione havvi un sibilo pronunziatissimo, e che nell'espirazione questo sibilo non si osserva; ma facciamo notare che questa specie di sibilo ha luogo in tutti i casi in cui il laringe è ristretto, qualunque sia il punto in cui questo ristrignimento esista e qualunque la maniera in cui si operi; eccone la ragione: nel movimento inspiratore, l'aria attraversa la glottide due volte più presto che non nel movimento espiratore; del che possiamo assicurarci, contando con una mostra a secondi il tempo esatto dei due movimenti nell'uomo sano e nell'uomo ammalato;

ne risulta che l'aria attraversando due volte più presto uno spazio dato, deve. in tal caso, produrre uno strepito molto più forte, che nella espirazione. il di cui movimento si compie molto più forte, che non nella espirazione, il di cui movimento si compie molto più lentamente. Questa difficoltà dell'inspirazione non dipende dunque dal penetrar che fa il bordo libero ed odematoso dei legamenti aritèno-epiglottici nel laringe nell'atto dell'inspirazione.

Facciamo poi osservare che questo ingolfamento dei bordi superiori del laringe non è così facile come si suppone. Ed in vero, nell'edema infiammatorio. ed abbiamo già dimostrato che l'edema è quasi sempre infiammatorio,la consistenza della membrana mucosa, e soprattutto del tessuto cellulare sottostante, non è siffattamente minima che siavi una grande flaccidità; havvi al contrario quasi sempre, per non dir sempre, una tensione estrema.

Egli è vero che sul cadavere trovansi qualche volta queste parti edematose abbastanza flaccide e capaci di obbedire alla pressione dell'aria inspirata; ma, oltre che questa flaccidezza è molto rara, dovremmo anche ricercare se non sia piuttosto un effetto puramente cadaverico, e dipendente da ciò che il sangue contenuto ancora nei vasi, abbandonando, per il fatto della morte, le parti ingorgate, deve risultarne una flaccidità che durante la vita non esisteva. Questo fenomeno, per altro, si osserva all'esterno sui tessuti i quali erano, durante la vita, tumefatti e renitenti, e che divengono, dopo la morte, appianati e flaccidi.

Ci rimane ora a trattare la grande questione dell' intermittenza degli accessi e dello spasmo dei bronchi.

L'autopsia offriva un fatto il quale non valeva a spiegare i sintomi, cioè: l'obliterazione non intera del laringe.

Gli osservatori attenti, in fatti, confessavano che non era mai la glottide interamente chiusa, e che restava ancora una via per lo passaggio dell'aria. Se ne dedusse la conseguenza, che uno spasmo dei bronchi aveva complicato la malattia del laringe, il quale era stato definitivamente la causa della morte. Questa idea pareva tanto più ragionevole in quanto che osservavasi dell'intermittenza nei parosismi.

Rispondendo al fatto anatomico invocato dai partigiani di questa idea, diremo in primo luogo che il gonfiamento della membrana mucosa, considerevole durante la vita, diminuisce notabilmente dopo la morte; che, in conseguenza, l'apertura della glottide può, all' autopsia, essere un poco più ampia che realmente non era. Ma, ammettendo che la

glottide abbia avuto pria della morte la stessa capacità che sul cadavere, non seguirebbe che la vita non avesse potuto estinguersi, se non per asfissia in tutto il rigore del termine, almeno per insufficienza d'aria, ciò che non è affatto la medesima cosa.

È un'assurdità il supporre che, sul vivente, possa mai la glottide serrarsi intieramente; dappoichè il chiudimento della glottide non apporta la morte per lenta asfissia, siccome avviene nel crup e nella tisi laringea, ma per asfissia immediata, e nello spazio di due, e qualchevolta anche d'un minuto. È d'uopo quindi che il passaggio dell'aria resti necessariamente libero sino a un certo punto.

Non può dirsi lo stesso dell'insufficienza della respirazione. Se la glottide invece d'una capacità rappresentata da quattro non n'abbia più che una rappresentata da due, e se, per ematosizzare il sangue, è necessario il volume d'aria in rapporto colla capacità normale della glottide, è chiaro che con una capacità metà minore, la glottide non riceverà che metà meno d'aria di quanto ne abbisogni per la sanguificazione.

In questa ipotesi, il sangue venoso non si arterializzerà compiutamente, e l'ammalato troverassi precisamente nel caso dell'animale di Bichat, il di cui sangue scorreva vermiglio nelle carotidi, allorchè lasciavasi interamente aperto il robinetto situato nella trachea, più bruno quando chiudevasi a metà il robinetto, e nero del tutto allorchè non lasciavasi penetrar l'aria: se dunque, per qualunque siasi causa, il laringe viene per metà ostrutto, il sangue acquista i caratteri di quello d'un animale il quale non respiri una quantità d'ossigeno sufficiente, e deve seguirne un'asfissia la quale, per esser lenta, non lascia d'essere un'asfissia reale.

Egli è facile di fare sopra se medesimo un'esperienza analoga a quella che Bichat faceva sugli animali.

Se si respiri a traverso un tubo la di cui apertura sia uguale, per esempio, a quella d'una delle narine, si sente che la respirazione s'eseguisce perfettamente, e che le funzioni si conservano nella loro pienezza. Ma se prendasi un cannone di penna, la respirazione, facile in pria, diviene di grado in grado più laboriosa, sopravviene ben tosto una vera ortopnea ed un sentimento d'asfissia imminente.

Riflettendo ora all'influenza che il sangue esercita sui centri e sui conduttori nervosi, e all'azione di questi ultimi sulla respirazione, comprenderemo tutti i fenomeni spasmodici, tutti gli accidenti nervosi che andranno a sopravveni-

re, e nel tempo stesso l'intermittenza in quanto che propria alla maggior parte delle nevrosi, senza che ci fosse d'uopo di ricorrere ad uno spasmo dei bronchi che non ha niuno veduto, e sul quale vogliamo spiegarci chiaramente.

Quando, per mancanza di aver fatto le riflessioni che noi venghiam di mettere sotto gli occhi del lettore, si pensò di dovere spiegar l'asfissia con lo spasmo dei bronchi, fu necessario trovare in questi canali un elemento anatomico che rendesse possibile la spiegazione di questo spasmo. Si trovarono dei muscoli, e non vi ha nessuno che dubiti oggi, sulla fede di Reissessen e di Cruveilhier, che i bronchi non sieno semi-cartilaginei e semi-muscolosi.

Noi confessiamo che, ajutati dalla lente e dagli stromenti d'anatomia i più perfetti, trovansi nei bronchi delle fibre che hanno, per la loro disposizione fascicolare, molta somiglianza alle fibre dei muscoli membranosi i più evidenti, a quelli, per esempio, che rivestono gl'intestini.

Ma non bastava una rassomiglianza anatomica la quale, a nostro vedere, sta nel colore piuttosto che nella tessitura; bisognava, inoltre, una rassomiglianza funzionale, ed ecco precisamente ciò che manca, siccome ci siam provati di dimostrare con alcune esperienze.

Se i bronchi fossero provveduti di muscoli della vita organica, dovrebbero essere contrattili: per altro, queglino di cui noi combattiamo l'opinione l'ammettono, giacchè parlano d'uno spasmo; e questa contrattilità dovrebbe manifestarsi con movimenti siccome avviene in tutti i muscoli dello stesso ordine.

Or, noi abbiam reiterato più volte l'esperienza seguente, che ci pare idonea a dimostrare la non esistenza di fibre contrattili nei bronchi.

Abbiamo abbattuto più cavalli, dando loro un colpo di martello sulla testa; aprivasi immediatamente il ventre, indi, con una larga e rapida incisione, distaccavasi il diaframma, e, senza perder tempo, andavasi al fondo del petto, a distaccar la trachea-arteria, i polmoni e il cuore.

Con lunghe forbici bottonate, incidevamo rapidamente le principali divisioni bronchiche, e stimolandole in tutte le maniere, cercavamo di risvegliarvi dei movimenti muscolari. Or, a malgrado di tutti i nostri tentativi, non abbiam mai potuto scorgere il più piccolo segno di contrazione muscolare; mentre che il cuore, i muscoli della vita di relazione, gl'intestini, la vescica, offrivano ancora per lungo tempo dei segni manifesti di questa contrattilità. Ci si opporrà forse

che lo strato muscolare bronchico è dotato d'una contrattilità poco energica, e che perciò perde prontamente la facoltà di manifestarla? A ciò risponderemo che, nello stesso animale, i muscoli i quali più rapidamente perdono la contrattilità, sono per l'appunto quelli che vedonsi dotati dalla maggiore energia: e però la morte comincia dai muscoli della vita di relazione, poi, dal cuore, e nel cuore, in pria dal lato manco, indi, dal ventricolo destro, poi finalmente, dall'orecchietta destra. Il tubo digestivo muore in seguito, e in questo apparecchio, prima l'esofago e poi gli intestini.

Se studieremo adesso questo fenomeno sull'altre classi di vertebrati, si vedrà, che gli uccelli, i quali dotati sono della vita esteriore in apparenza la più energica, perdono anche, dopo la loro morte, l'eccitabilità muscolare con rapidità estrema; vengono in seguito i mammiferi i quali la conservano un poco più lungamente, e i rettili, dove essa persiste per lungo tempo dopo la morte apparente; finalmente i pesci; e il cuore d'un'anguilla trovasi ben anche contrattile 24 e 36 ore dopo la morte.

Se poi dai vertebrati passiamo agl'insetti, vediamo che alcuni di essi conservano l'eccitabilità muscolare per un tempo straordinario, a segno che la testa d'uno scarafaggio, separata dal corpo, conserva qualche volta per quattro, sei, ed anche otto giorni una potenza muscolare capace di ravvicinare le corna con una grande energia.

Se dunque lo strato muscolare dei bronchi possedesse una proprietà contrattile qualunque, questa proprietà non si estinguerebbe in due o tre minuti.

Si dirà, forse, che noi non possiamo calcolare con esattezza l'influenza del sistema nervoso sugli organi ch'esso regola; che, forse, i rapporti di questo sistema sui bronchi son tali, che la cessazione dell'influsso encefalo-rachidiano basta per annientare immediatamente la contrattilità muscolare.

Ma, oltre che questa obbiezione è assurda, avuto riguardo solamente alle leggi dell'analogia, si riesce a scioglierla con un fatto diretto e palbabile.

Nulla è così facile che mettere a nudo la trachea d'un cavallo nell'estensione di molti pollici. Se allora si tagli, si laceri, si stimoli in tutte le maniere questo condotto aereo, non si arriverà mai a scorgervi la più piccola contrazione muscolare.

Nelle molte tracheotomie che noi abbiam fatte nei fanciulli attaccati di crup, non abbiamo mai nemmeno apperce-

pita contrazione muscolare nelle fibre della trachea arteria, ed allorchè penetravamo nei bronchi con piccole balene armate di spugne, non abbiamo neppure sentito mai la pressione della balena per la contrazione di questi bronchi, abbenchè le nostre spugne fossero allo spesso imbevute d'un liquido estremamente irritante.

A vista di tutti questi fatti, come ammettere lo spasmo dei bronchi? per qual motivo, onde spiegar dei fenomeni che si spiegano in un modo così semplice col chiudimento incompleto del laringe, andar a sconvolgere tutte le leggi dell'analogia nell'ordine anatomico e patologico?

Ma v'ha di più. Se questa ortopnea fosse dovuta allo spasmo dei bronchi, in qual modo la tracheotomia la farebbe cessare immediatamente? Certo che la cosa sarebbe ben singolare.

Interrogando le leggi le più semplici della fisica, si comprenderà meglio ancora quanto questa teoria dello spasmo sia poco fondata.

Nell'ortopnea, allorquando le potenze inspiratrici agiscono per fare il voto nel petto, la pressione dell'aria esterna è tale, soprattutto nei fanciulli, i quali hanno le coste flessibilissime, che il basso dello sterno s'interna, e va quasi a toccare la colonna vertebrale... Or, domandiamo, se l'aria penetrasse liberamente nel petto, quale energia non abbisognerebbe alla contrazione spasmodica dei bronchi per resistere al peso enorme dell'atmosfera? Ed è mai concepibile che questo strato muscolare, di cui non ha mai nessuno verificato la contrattilità, acquistasse tutto a un tratto una forza così prodigiosa?

Questa spiegazione collo spasmo ha quasi tutto invaso: se un chirurgo incontri una difficoltà inaspettata ad introdurre nei punti lagrimali un sifone di Anel, farà tosto intervenire lo spasmo, piuttosto che una semplice congestione sanguigna determinata dalle sue manovre. Varrebbe quanto dire che le fosse nasali, questi condotti ossei rivestiti d'una membrana mucosa, fina, sien presi di spasmo, quando tutto a un tratto, senza causa sensibile, e soprattutto senza che vi si sia segregato del muco, e soltanto per un'enfiagione istantanea della membrana olfattiva, sopravviene della corizza, e l'impossibilità di respirare dal naso.

Non è dunque necessario, lo ripetiamo, di ricorrere allo spasmo, allorchè facile riesce di spiegar gli accidenti col gonfiamento della membrana mucosa. Ma, dirassi, perchè quelle remissioni, quelle intermittenze singolari, se la ma-

lattia non fosse nervosa, se dipendesse da una lesione organica fissa, inamovibile?

A ciò risponderemo coll'invocare una legge dell'organismo, legge la quale non è che la conclusione formulata dei fatti. Un cancro é inamovibile; i dolori sono intermittenti: un calcolo è permanente nella vescica; gli accidenti non sono continui: l'infiammazione intestinale è sempre presente nella dissenteria; le coliche lasciano tra loro dei lunghi intervalli: il prodotto del concepimento, durante il parto, rimane nell'utero; i dolori sono intermittenti: il collare del sacco erniario strangola l'intestino in un modo continuo; i vomiti, le sincopi, le coliche sono parosistiche.

Havvi certamente in tutto ciò qualche cosa di nervoso; ma con questa concessione non intendiamo ammettere che tutto è nervoso.

Il lettore ci perdonerà d'esser entrati in questa lunga discussione; era necessario di stabilir bene i nostri principj, dovendo approfondire una questione la quale, sebbene lungamente e vivamente dibattuta, rimane ancora, per molti spiriti eccellenti, irresoluta.

In quanto a noi. in una cosiffatta discussione, non saremmo restati soddisfatti d'opporre asserzione ad asserzione, ed abbiam voluto, con esperienze che ci sono sembrate concludenti, assodare le nostre convinzioni e quelle degli altri medici.

Dei segni somministrati dal modo di deglutizione.—In alcuni ammalati attaccati di tisi laringea, oltre il dolore nell'atto della deglutizione, dolore da noi già sopra notato, e di cui abbiamo indicato la causa, si osservà ancora un accidente gravissimo: l'impossibilità, cioè, d'inghiottire gli alimenti liquidi, o quelli i quali, estremamente divisi, non possono ridursi in un bolo alimentare omogeneo. La nostra attenzione ha dovuto naturalmente portarsi sopra questo punto di diagnosi. La maggior parte degli autori attribuivano questo fenomeno alla distruzione dell'epiglottide; e pensavano che questo coperchio, non ricoprendo più esattamente l'entrata del laringe, gli alimenti, nel momento in cui sormontavano la base della lingua, dovevano cadere nelle vie aeree.

I fatti che noi abbiamo osservati non ci hanno fatto nulla conoscere sul meccanismo di questo disordine funzionale.

Solamente ci han provato che la distruzione dell'epiglottide non impediva certi ammalati d'inghiottire perfettamente, e che alcuni altri, la di cui epiglottide era intatta, non po-

tevano eseguire nessun movimento di deglutizione, senza lasciar penetrar parte d'alimenti nel laringe.

Le due osservazioni che andiamo a riferire ne daranno l'esempio.

Osservazione XXIV.

Delmer, conciatore di pelli, uomo una volta vigoroso, di carattere vivo e collerico, di temperamento bilioso, era nato da parenti tutti e due morti giovani: il padre di morte subitanea, in un accesso di mania cui andava soggetto; la madre d'una febbre tifoidea.

L'infermo trovavasi al suo 40 anno, e andava soggetto, da otto a dieci anni, a raffreddori che ritornavano in tutti gl'inverni, e che molto lo strapazzavano; qualche volta, questi catarri erano accompagnati di dolor costale. Tre anni addietro fu egli curato di una pleuritide. Oltre le sue indisposizioni catarrali, aveva sofferto per cinque o sei volte dei *mali di gola* i quali cedettero sempre con facilità a mezzi semplicissimi.

In dicempre 1834, prese secondo il solito un *raffreddore* il quale, siccome i precedenti, lo travagliò molto; nel corso di questo, come nemmeno negli altri, non sputò egli sangue. Questo catarro fu, sin dal principio, accompagnato d'un mal di gola intensissimo e d'una raucedine che non potè modificare alcun mezzo, e che aumentarono sino in giugno, epoca in cui si toccarono le amiddale con alume calcinato, e gli si fece prendere l'estratto di cicuta alla dose di 8 e 10 grani per giorno. Essendo questi mezzi riusciti inutili, si tralasciarono dopo otto giorni, e praticossi la risezione dell'amiddala del lato manco. Fu ciò anche indarno. Fecersi nella gola delle insufflazioni d'una polvere in cui entrava del nitrato d'argento cristallizzato. Questa nuova medicazione non fu seguita da nessun sollievo. Fu allora che noi vedemmo l'infermo.

22 settembre 1835.

Stato attuale: dimagramento generale, pallor della faccia e dei tegumenti. Afonia perfetta da quattro mesi, dolor vivo alla gola, quando l'infermo inghiottiva alimenti solidi o liquidi. L'amiddala destra era profondamente ulcerata, come del pari ciò che rimaneva della manca. Il fondo della gola presentava una rossezza violacea, poco intensa. Il laringe non era la sede d'alcun dolore, neppure al toccamento, se non che,

allorchè portavasi il dito sull'orlo superiore destro della cartilagine tiroide, sentivasi una piccola eminenza grossa quanto la testa di una spilla e la quale era sensibile alla pressione. La respirazione non era sibilosa,e l'aria sembrava entrar senza ostacolo nei polmoni. Dispnea considerevole appena che l'ammalato faceva alcuni passi; tosse frequente, penosa, espettorazione abbondantissima di sputi , striati alcuni di pus , gli altri vischiosi, piccoli, opachi, rotondi, e nuotanti in una sorte di mucilagine. Petto sonoro dappertutto; gorgogliamento sotto le clavicole; veglia cagionata dalla tosse; sudori notturni sulla fronte e sul petto; polso piccolo, frequente, debole; appetito irregolare; funzioni digestive assai buone; non diarrea, nè costipazione; urine facili.

23 settembre. Noi consigliammo l'infermo d'entrare all'Hotel-Dieu, e fu ammesso l'istesso giorno, nel servizio del signor Guéneau de Mussy.

Verificato da noi lo stato sopra descritto, si prescrisse.

Gargarisma con acqua d'orzo lib. j. miele rosato once ij, acido idro-clorico gocce xx; tisana gommosa, giulebbe diacodio, zuppa.

28 settembre. Lo stesso stato. Forse un poco più di debolezza. La stessa prescrizione. (Le unghia non erano ricurve, od almeno, non mostravano quella curvatura speciale, così frequente nei tisici.)

La stessa prescrizione.

5 ottobre. Lo stesso stato, la medesima prescrizione.

9 ottobre. L'ammalato era debole, i suoi lineamenti alterati; il ventre tumido, indolente; eravi costipazione da 8 giorni.

Morte a 7 ore della sera.

Autopsia 39 ore dopo la morte.

I polmoni erano infarciti d'una gran quantità di tubercoli in tutti gli stati; le loro sommità sparse di numerose caverne.

Laringe. I follicoli della base della lingua erano ipertrofizzati; la membrana mucosa che li riveste era la sede d'ulcerazioni piane ed irregolari, soprattutto verso la base dell'epiglottide. La ripiegatura mucosa che, dall'epiglottide guadagna la base della lingua, era erosa e gonfia; il bordo libero dell'epiglottide in parte distrutto, ed irregolarmente tagliuzzato. Il tessuto di questa fibro-cartilagine era alterato verso la parte superiore, a segno che un manico di scarpello, passato sull'orlo libero, ne portava via dei piccoli frammenti gialli, di consistenza caseosa.

Le ripiegature ariteno-epiglottiche erano tumefatte, enfiate,

e presentavano l'aspetto spiacevole di antiche ulcere; le cartilagini aritenoidi sembravano in parte distrutte. Alla base di quella del lato manco, si osservava una piccola ulcerazione profonda, d'aspetto nericcio, e da cui scorreva, colla pressione, un pus icoroso.

Tutta la membrana mucosa laringea presentava l'aspetto giallo smorto e il gonfiamento analogo a quello che presentavano i legamenti ariteno-epiglottici; i ventricoli del laringe erano quasi intieramente cancellati da questo ispessimento. Alla parte superiore dell'angolo rientrante, formato dalle due lamine della cartilagine tiroide, esisteva un'ulcerazione che aveva distrutto la membrana mucosa e la cartilagine in tutta la sua spessezza; essa aveva per base il pericondrio esteriore, il quale era in questo luogo notabilmente rammollito.

La dissezione delle diverse parti che abbiamo descritte, nella maniera in cui si vedevano a primo colpo d'occhio, ci mostrò la membrana mucosa che riveste la faccia laringea dell'epiglottide, quasi interamente distrutta; le corde vocali superiori, confuse colla membrana che le ricuopre, erano in gran parte trasformate in un tessuto come lardaceo, stridenti sotto lo scarpello; le cartilagini aritenoidi erano distrutte nei loro due terzi superiori.

Pria di dissecare il laringe, abbattemmo l'epiglottide sull'apertura superiore del laringe, e vedemmo allora che questa apertura non era otturata che nei suoi due terzi in circa, dalla fibro-cartilagine. Questa osservazione è importante, in quanto che, *la mattina stessa della sua morte, Delmer aveva bevuto, davanti noi, senza manifestare nessuna difficoltà d'inghiottire.*

Questa osservazione ha la più grande analogia con quella del signor Louis, relativa ad un tisico nel quale l'epiglottide era intieramente distrutta (*Recherches sur la phthisie*, pag, 251); (e che noi rapportiamo sotto il n. 19). Ma nel nostro ammalato, la deglutizione era facile, le bevande non cadevano mai nel laringe; in quello del signor Louis, la deglutizione era difficile; l'infermo, bevendo, rendeva spesso le sue bevande dal naso; e, sul finire della sua vita, non poteva inghiottire che soli liquidi.

Nell'osservazione che siegue, vedremo, al contrario, un infermo presso il quale l'epiglottide era intiera, ed intanto rendeva gli alimenti e le bevande dal naso, e le lasciava penetrar nel laringe.

Osservazione XXV.

Eczema generale scomparso in seguito d'un trattamento razionale.—Dolore al laringe.—Raucedine, tosse secca, espettorazione abbondante, poi disfagia.—Miglioramento spontaneo.—Ritorno degli accidenti in seguito d'un raffreddore.—Smagrimento.—Afonia completa.—Accessi di dispnea reiterati.— Tracheotomia.— Morte immediatamente dopo l'operazione.—Polmoni tubercolosi.—Ulcerazioni del laringe e della trachea.—Ossificazione delle cartilagini.

Il signor L... di Dunkerque, d'anni 50, venne in agosto 1835, a Parigi, per consultare il signor Marjolin· Egli aveva perduto la sua voce. Il signor Marjolin riconobbe immediatamente un'affezione grave del laringe, e l'indirizzò a noi. Continuammo dunque a trattarlo congiuntamente, e, sino alla sua morte, che avvenne il 9 dicembre 1835, restò sottoposto alle medicazioni che noi gli avevamo consigliate.

Il signor L... aveva servito nella marina militare, poi nella marina mercantile, in qualità di capitano, dall'età di quindici sino a 40 anni. A quest'epoca, val a dire nel 1825, andò a stabilirsi a Dunkerque dove si maritò.

Sin allora, aveva sempre goduto d'un' eccellente salute, e non erasi quasi mai raffreddato ; e nè lui, nè verun altro della sua famiglia, aveva mai offerto il più leggiero accidente da parte degli organi toracici. Ebbe anche tre figli, i quali non han mai avuto nè scrofole né affezioni tubercolose.

Nel mese d'agosto 1825, poco dopo d' essersi stabilito a Dunkerque, il signor L... soffrì sopra tutto il corpo un'eruzione che, secondo la sua descrizione, noi credemmo essere d'una natura eczematosa. Sul principio, questa eruzione, la quale aveva invaso tutto il corpo, restò confinata alla faccia, dove fu infruttuosamente trattata per il corso d'un anno; finalmente, in ottobre 1826, si dileguò; ma poco dopo, sopravvenne un dolore di gola con un sentimento d'oppressione, e l'infermo ebbe per qualche tempo una espettorazione fetida e di cattivissimo carattere.

Due vescicanti che furono applicati alle braccia dissiparono tutti questi accidenti. Nel 1828, la malattia della pelle cedè, per non mostrarsi più che ad intervalli lontanissimi, e con un carattere di benignità estrema. Nel 1829 e nel 1830 si salassò l'infermo in primavera; nel 1831, uno dei vescicatorii fu soppresso.—Tutto andò bene sino a luglio 1833.

In quest'anno, non erasi l'infermo salassato siccome negli anni precedenti.

A quest'epoca, il signor L... senza causa conosciuta, cominciò a sperimentare nella regione del laringe un dolore con tosse secca. Verso la fine dell'anno, la voce si fece rauca, e sopravvenne un'espettorazione scarsissima e tenacissima, la quale non poteva espellersi che con isforzi considerevoli. A contare dal mese di dicembre 1833 sino in maggio 1834, l'infermo fu costretto a non uscire di casa, e il dolore del laringe era divenuto vivissimo, soprattutto nei movimenti di deglutizione. Ei non poteva inghiottire, ed anche con difficoltà, che soli liquidi, dei quali penetravano sempre alcuna gocce nel laringe, provocando una tosse estremamente penosa. Intanto, nel mese di maggio e di giugno 1834, la tosse e la raucedine aumentarono, e l'afonia divenne finalmente completa. Ma nel mese di luglio, gli accidenti emendaronsi interamente, ridestossi l'appetito, la deglutizione divenne facile, la tosse cessò quasi del tutto, le forze si ristabilirono, e la voce ritornò, ma rauca e debole. Questo benessere continuò sino in agosto 1835; il signor L... prese allora un forte catarro per essersi esposto al freddo. Immediatamente la deglutizione divenne dolorosa e difficile; la tosse violenta ed ostinata, l'espettorazione abbondantissima.

Tre mesi dopo, l'infermo si determinò di venire a Parigi, e fu allora che noi lo vedemmo.

Egli era magro, pallido, sebbene ancora abbastanza muscoloso: le sue forze erano da alcuni mesi molto diminuite.

Tosse frequente e senza scoppio, non facendo sentire che un suono cupo e metallico; afonia completa, a mal grado di tutti gli sforzi dell'infermo; deglutizione dei liquidi impossibile, salvo che l'infermo li prendesse quasi lambendo e colla testa piegata. Malgrado queste precauzioni, avveniva anche spesso che alcune gocce entravano nel laringe e davan luogo ad una tosse ostinata e come convulsiva; laringe doloroso alla pressione. Esaminando con attenzione il fondo della gola, si vide che le amiddale erano alquanto tumefatte, e che la membrana che tapezza la parte posteriore del faringe, era quasi coperta d'una moltitudine di piccoli follicoli ipertrofizzati.

Il petto fu esaminato colla più scrupolosa attenzione, percotendo, ascoltando più volte, senza che ci fosse possibile di sentir nulla che disvelasse una lesione organica del polmone.

Tuttavia eravi un'espettorazione verdiccia, omogenea, che si stemprava in parte nell'acqua, che guadagnava il fondo

della scodella, e affatto simile a quella dei tubercolosi. Questa espettorazione era abbondante, e più che non avrebbe dovuto esserlo, se fosse proceduta unicamente dal laringe.

Le dita, inoltre, avevano quella conformazione speciale che spesso offrono i tubercolosi (*tabidis ungues adunci*, *Ippocrate)*, e questo segno aggiunto agli altri, acquistava maggiore importanza.

In quanto all'ascoltazione, mancava essa d'un segno il di cui valore è immenso; vogliam parlare della risonanza della voce: ma siccome l'infermo era afono, non potevamo scorgere le modificazioni che questa risonanza poteva offrire, e dall'altro lato, essendo fortissimo il sibilo nel laringe, non potevansi calcolare i diversi strepiti respiratorj.

Noi sottoponemmo l'infermo all'uso del latte d'asina e dell'acque Bones artificiali; facemmo praticare al davanti del laringe delle frizioni irritanti, poi stupefacienti; insufflammo nel laringe del sotto-nitrato di bismutto, dell'alume, dello zucchero candito, del calomelano, dell'acetato neutro di piombo; toccammo più volte la parte superiore del laringe con soluzione di nitrato d'argento, Tutto fu indarno. Finalmente dopo tre mesi di soggiorno a Parigi, il signor L... ripartì per Dunkerque, dove si mise all'uso del latte e dell'acque Bonnes.

Non dobbiamo tralasciare di dire ch'egli aveva un cauterio ad un braccio, un vescicatorio all'altro ed una fistola emorroidale che suppuravano abbondantissimamente.

Sino allora non eravi stata mai febbre. Verso il principio di novembre, il polso si accelerò, il calor della pelle divenne alquanto più vivo. Nel tempo stesso, mancò l'appetito, lo smagrimento si rese più sensibile; sopravvenne di tempo in tempo un poco di diarrea; in somma manifestaronsi tutti i segni della consunzione. Intanto, verso il 24 novembre, l'infermo sperimentò, verso le ore tre della mattina, un accesso di dispnea leggiera.

Egli non se ne inquietò gran fatto; l'accesso dissipossi dopo due ore. Il 25, nel corso del giorno, leggiero parosismo.

Il 26, due accessi poco violenti.

La mattina del 27, parosismo molto più forte. Da questo momento, la difficoltà della respirazione divenne continua. Gli accessi divenivano ciascun giorno più lunghi e più violenti. L'infermo non poteva più montare le scale senza sperimentare una grande soffocazione. La notte, non dormiva che seduto ed appoggiato sopra dei cuscini.

Abbenchè nella nostra consulta avessimo preveduto questo aggravamento di sintomi, ed avessimo fatto presentire la necessità d'un'operazione chirurgica (la tracheotomia), la famiglia stavasi in una perigliosa sicurtà, e lo stesso signor L..., che ci scrisse il 2 dicembre, non menzionava che per nota *una difficoltà alquanto maggiore della respirazione, la quale non sopravveniva, ei diceva, che allorquando saliva la scala.*

Ma il 5 dicembre, sopravvenne, verso quattro ore della sera, un accesso di soffocazione con tale violenza, che si mandò a chiamare per la prima volta il dottor Delherbe medico ordinario della famiglia, il quale trovò l'ammalato in uno stato d'imminente asfissia.

Il signor Delherbe riconobbe immediatamente la necessità della tracheotomia. Ei non volle però risolversi a fare questa grave operazione, e d'accordo col signor L...ci scrisse di venire in tutta fretta a praticarla.

Noi non ricevemmo la lettera che il 7, a due ore dopo mezzo giorno; partimmo per Dunkerque a sette ore della sera, e malgrado tutto il nostro impegno, non potemmo giungere che il 9 a tre ore della mattina, due ore dopo la morte del signor L...

Ecco i dettagli che ci furon dati dal sig. Delherbe. La notte del 5 al 6 fu molto tempestosa. Siccome si aveva osservato che gli accessi ritornavano più violenti alla caduta del giorno, si credette di dover somministrare il solfato di chinina ad alta dose.

La giornata del 6 fu tollerabile. La notte del 6 al 7 fu anche più cattiva della precedente. Il 7, ebber luogo due accessi che per poco non tolsero di vita l'ammalato. La mattina dell'8 fu terribile. A due ore dopo mezzo giorno fuvvi un poco di calma sino a sette ore della sera; poi la soffocazione ricominciò con una nuova intensità. A nove ore, il signor L... ricevè la lettera che noi avevamo scritto da Parigi due ore prima della nostra partenza, colla quale annunciavamo il nostro arrivo per le ore dieci. Questa speranza produsse qualche bene al povero infermo. A undici ore, la soffocazione divenne talmente imminente, che il signor Delherbe si preparò all'operazione. A un'ora della mattina, il 9, mentre che noi eravamo ritenuti alla porta di Bergues dalla severità dei regolamenti militari, le quali vietano, durante la notte, il passaggio delle piazze di guerra, l'infermo, sul punto di rendere l' ultimo sospiro, autorizzò finalmente il signor Delherbe ad eseguire la tracheotomia.

Questa operazione fu fatta con abilità e secondo tutte le regole prescritte sin oggi in tutti i trattati di medicina operatoria. S'introdusse una canula di gomma elastica per la apertura artificiale; ma questa canula si ostruì quasi immediatamente, e la morte sopravvenne pochi istanti dopo l'operazione.

A nove ore, val a dire otto ore dopo la morte, procedemmo all'autopsia, di concerto coi signori Delherbe e Boudinier.

I polmoni contenevano un gran numero di masse tubercolose allo stato di crudità, alcune erano suppurate ed escavate, specialmente alla sommità dell'organo. Non eranvi aderenze, nè tracce di pleuritide nè di pneumonitide.

Togliemmo con diligenza la lingua, il faringe, il laringe e la trachea.

Le amiddale eran sane; la lingua *era enormemente tumefatta*. Alla base di questo organo, sui lati dell'epiglottide, le cripte mucose erano più grosse, più rotonde che nello stato ordinario.

Esaminando il laringe in dietro e senza aprirlo, vedevasi:

1. L'epiglottide rialzata, gonfia, dura, il tessuto cellulare sotto-mucoso edematoso e duro come nell'edema dei neonati. (Pareva che fosse della cera). Il colore della membrana mucosa era d'un bianco rosato. L'epiglottide, rientrata verso se stessa, era raggrinzata nella direzione della sua concavità inferiore.

I legamenti ariteno-epiglottici, del colore stesso dell'epiglottide, tumefatti, duri come essa; il gonfiamento della membrana mucosa estendevasi sin sulla cartilagine cricoide, in dietro e lateralmente in tutto lo spazio compreso tra la concavità dell'osso ioide e della cartilagine tiroide.

Il legamento ariteno-epiglottico del lato destro era ulcerato nel suo orlo, e queste ulcerazioni si mescolavano con quelle dell'interno del laringe; esse erano però superficiali.

All'interno, tutta la membrana mucosa che tappezza il laringe era ulcerata e sparsa di bottoni carnosi. Appena si distinguevano i ventricoli, i quali non si appalesavano che per una linea ineguale, frangiata, senza profondità. Passando il bistorì tra i solchi profondi di queste ulcerazioni, sentivansi dei pezzetti ossei, prominenti, la di cui sede sarà indicata più sotto.

Lungo la trachea arteria, eranvi egualmente numerose ulcerazioni, ma superficiali.

La membrana mucosa era notabilmente gonfiata, e d'un roseo non punteggiato.

In molti punti corrispondenti all'ulcerazioni della trachea, e in altri non corrispondenti all'ulcerazioni, eranvi delle ossificazioni nei cerchi cartilaginei.

Facemmo indi cuocere questo pezzo, ad oggetto di mettere bene a nudo le cartilagini.

L'epiglottide non offrì alcuna alterazione.

La cartilagine tiroide, posteriormente ed inferiormente, era del tutto ossificata; anteriormente e superiormente, era ancora cartilaginea. Le parti cartilaginee erano friabili. Anteriormente e dal lato manco, il tessuto, ch'era rimasto cartilagineo, rompevasi sotto la più piccola pressione, e toglievasi a piccoli frammenti col tessuto cellulare sotto-mucoso.

Le scabrosità ossee che indicammo tra le ulcerazioni che ricuoprivano la superficie interna del laringe, erano intimamente unite al tessuto cellulare sotto-mucoso, in mezzo a cui parevano prendere origine, ed appartenevano, non già alla cartilagine tiroide, ma al pericondrio.

La cartilagine cricoide era intieramente ossificata, salvo che in avanti e in tutta l'estensione del suo bordo inferiore. L'anello era dunque chiuso in avanti da un istmo di tessuto cartilagineo friabile. Le parti rimaste cartilaginee s'incastravano tra le lamine ossee delle parti ossificate, e dopo d'essere state sottoposte all'ebollizione, distaccavansene esattamente come delle epifisi, lasciando un affossamento ineguale ed anfrattuoso.

Molte delle cartilagini della trachea erano egualmente ossificate.

Bonnet riguardava l'indurimento scirroso dell'epiglottide come la causa della difficoltà estrema nella deglutizione: « Epiglottidem adeo quandoque induratam deprehendi, ut « non solum loquelae abolitionem inferat, verum etiam non « nisi frusta magna deglutire aegrum posse efficiat. Potus « et omnia quae cochleari exhibentur, tracheam intrant, ri« gidiore ab epiglottide non satis clausam (Sepulcretum, « lib. III, sez. 4, osserv. VI). »

Questa opinione di Bonnet ci sembra ammissibile al pari che quella che attribuisce il disturbo nella deglutizione alla distruzione più o meno completa dell'epiglottide.

I sintomi enumerati dal sig. Louis (loc. cit. p. 245) indicanti le ulcerazioni dell'epiglottide, sono i seguenti:

Dolor fisso alla parte superiore della cartilagine tiroide, o immediatamente al di sopra; difficoltà della deglutizione, e uscita delle bevande dal naso, il faringe e le amiddale rimanendo perfettamente sani.

Questi segni, raccolti dal sig. Louis sopra 18 infermi attaccati d'ulcerazioni dell'epiglottide, sono qualche volta infedeli, e n'abbiamo già data la prova, dappoichè possono esister tutti senza che trovisi ulcerazione dell'epiglottide (Osserv. n. 25), e mancar tutti, malgrado la distruzione dell'epiglottide (osserv. n. 24).

Molto ci rincresce che il signor Louis, le di cui osservazioni sono così esatte e così circostanziate, non abbia tenuto conto dell'introduzione degli alimenti nel laringe, e non siasi occupato che del loro passaggio a traverso le fosse nasali.

Tra l'incertezza che regna sulle cause dell'introduzione degli alimenti nel laringe nell'atto della deglutizione, non tenteremo noi di dare una spiegazione di questo fenemeno, riuscendoci, sino al presente, impossibile, di rapportarlo ad una lesione costante.

Delle differenze che presentano i sintomi, secondo le specie di tisi laringea.

Abbiamo nei paragrafi precedenti indicato i sintomi generali della tisi laringea semplice. Questi sintomi, tranne poche eccezioni, tròvansi in tutte le specie.

Il tuono della voce, la tosse, il gonfiamento locale, il modo di respirazione e di deglutizione sono esattamente gli stessi, qualunque sia la specie di tisi laringea, attesochè questi sintomi dipendono da una modificazione organica comune a tutte, cioé: l'infiammazione, l'ulcerazione e il ristrignimento dal laringe. Ma ciascuna specie può inoltre offrire alcuni sintomi speciali ch'è importantissimo di notare, e che ci facciamo ora a passare rapidamente in rivista.

Tisi laringea sifilitica. Dicemmo già, parlando del dolore, che esso era in generale quasi nullo nella tisi laringea semplice. Non è così della tisi laringea sifilitica, ove il dolore è qualche volta vivissimo, soprattutto nell'atto della deglutizione, piuttosto che quando si comprime la parte superiore del laringe.

Questo dolore si spiega per le condizioni anatomiche in cui trovansi per ordinario il dietro-bocca e le amiddale. Queste parti sono, il più spesso, coperte de ulcere o profondamente solcate da cicatrici; il velo palatino è anche qualche volta ulcerato. In tutti i casi, esiste un eritema considerevole della membrana mucosa, e frequentissimamente un gonfiore più o meno notabile del tessuto cellulare sotto-

mucoso. Si rincontra qualche volta un edema dell'ugola e dei pilastri anteriori del velo palatino. Il tatto, che vedemmo sì poco utile nella tisi laringea semplice, è spesso qui d'una grande importanza. Non si dovrà dunque mai trascurarlo tutte le volte che sarà possibile. E però, nell'osservazione che concerne il signor P..., e che noi abbiamo rapportata al n. 49, vedesi che l'introduzione del dito nel fondo della gola permise di scorgere la presenza di vegetazioni sifilitiche enormi nel faringe e sull'apertura superiore dello stesso laringe.

Non v'ha dubbio che, quando l'ulcerazione sifilitica non risiede che nel laringe, e specialmente nei ventricoli, non ci è dato più di poterla veramente distinguere per nessun segno particolare, e onde riconoscere la sifilide non ci rimangono che gli antecedenti dell'infermo e i sintomi che potranno congiuntamente esistere sulla pelle, nelle ossa, etc.

L'andamento della tisi laringea sifilitica non è nemmeno quello della tisi laringea semplice. In questa, il male comincia per ordinario dal laringe o dalla trachea arteria; la tisi laringea sifilitica all'incontro, è, nel maggior numero dei casi, la progressione delle lesioni del faringe o delle fosse nasali cotanto comuni nella sifilide. Quindi, uop'è di avere un grande riguardo a questo andamento speciale della laringitide sifilitica; dappoichè l'esperienza insegna che per ordinario il laringe è la sede di lesioni analoghe a quelle che non è guari osservavansi nella gola. Così ad una sifilide eritematosa delle fosse nasali e del faringe succede una laringitide non ulcerosa, ed èvvi luogo al contrario di presumere che esistano nel laringe dell'ulcere sifilitiche ed una necrosi, allorchè si osserva nelle fosse nasali una lesione analoga, e quando le amiddale e il velo palatino sono stati profondamente ulcerati.

Tisi laringea tubercolosa. Noi ammetteremo l'esistenza della tisi laringea tubercolosa tutte le volte che esisterà nel tempo stesso tisi polmonare confermata.

Da ciò risulta che, in questa specie, oltre i caratteri comuni alla tisi laringea semplice, si troveranno quelli della tisi polmonare. Dalla natura e dall'abbondanza dell'espettorazione, e dalla rapidità della consunsione, distinguerassi dunque questa specie di tisi laringea.

In un altro capitolo diremo la nostra maniera di concepire come una tisi laringea semplice dia luogo ad una tisi polmonare tubercolosa.

I tubercoli una volta sviluppati, l'affezione laringea pro-

cederà con maggiore celerità. Si vede, in fatti, che nei tubercolosi, le flemmasie le più semplici, quanto alla loro causa, hanno una tendenza funesta ad aggravarsi ed a prendere caratteri d'incurabilità. Così la più leggiera stortilatura divien causa occasionale d'un tumor bianco, come del pari la più leggiera flemmasia del laringe divien causa occasionale di tisi laringea.

Ecco perchè, quando trattasi di fare un pronostico sulle malattie del laringe, debbesi avere la più severa attenzione ai più piccoli segni che disvelano la tubercolizzazione dei polmoni, e non credere alla guarigione, allorchè non si ha fatto che palliare momentaneamente la malattia.

L'osservazione che concerne il sig. L..., di Dunkerque, che già rapportammo al n. 25, n'è la prova evidente. Analoga a questa è l'istoria, che si andrà a leggere: la guarigione che abbiamo ottenuto è solamente apparente e noi non vi contiamo.

Osservazione XXVI.

Tisi laringea tubercolosa incipiente.—Trenta sette anni.—Nato d'una madre tisica.—Emorragie laringee.—Raucedine.—Segno di tubercolizzazione.—Guarigione apparente.

Il signor F. S. avvocato a M..., sperimentò, nel mese di marzo 1833, un vivo dolore nella regione del laringe; pel corso d'otto giorni, febbre e sputi striati di sangue, che manifestamente provenivano dal laringe. Fu posto in uso un trattamento antiflogistico, e tutti gli accidenti cessarono in otto giorni. La voce restò sulle prime alquanto rauca, indi si ristabilì interamente. Di quando in quando, il signor S. soffrì alcuni raffreddori, i quali non durarono mai più di tre a quattro giorni,

Tutto andò bene sino al principio del 1835. A quest'epoca, sopravvenne una piccola tosse secca, accompagnata da un senso di stringimento al laringe: la voce era del resto chiara e sonora. In giugno 1835, ricomparvero gli accidenti stessi del 1833, e cessarono in quattro giorni, in seguito d'una violenta diarrea; indi, dopo quindici giorni, riapparirono, ma con minore intensità. Siccome gli sputi di sangue continuavano, il signor S...venne a Parigi, ed affidossi alle nostre cure.

La voce era molto indebolita, rauca, e la respirazione al-

quanto corta. La regione del laringe era un poco dolorosa; l'infermo vi sperimentava un senso di calore e di pugnimento. Due o tre volte al giorno, sentiva un poco d'impaccio nel laringe, e con un piccolo movimento d'escreazione piuttosto che di tosse, rendeva un piccolo sputo semi-sanguinoso, semi-puriforme, della grandezza d'una moneta di cinque soldi : ecco tutto quel che sputava.

Noi chiamammo in consulta i signori Andral e Louis; esaminarono essi attentamente il petto, e si appercepì in dietro e a destra un poco di mattezza e di risonanza della voce, senza alcun segno di rammollimento di tubercoli.

Giudicammo nulla di meno che l'ammalato aveva dei tubercoli polmonari, ma che il laringe era in lui la sede d'una irritazione più viva. In somma, concepimmo il timore che non sopravverrebbero ben tosto dell'ulcerazioni laringee, se diggià non n'esistessero. L'infermo fu condannato al silenzio; gli s'ingiunse di far uso del latte d'asina e dell'acque di Bonnes artificiali durante l'autunno, e d'insuflar nel laringe, prima del sotto-nitrato di bismutto, poi una polvere contenente un ottavo d'acetato neutro di piombo, sopra sette ottavi di zucchero candito in polvere.

Questi mezzi furon eseguiti con esattezza, e non è molto che abbiamo dal signor S... ricevuto una lettera in cui ci annuncia il suo perfetto ristabilimento. Veramente noi non crediamo che i tubercoli sieno guariti, ma che il male è restato stazionario senza manifestarsi per verun sintomo.

Abbiamo noi qui manifestamente guarito una tisi laringea tubercolosa incipiente, ed abbiam fatto, in riguardo al laringe ciò che così spesso facciamo per l'intestino. Ed in vero, allorchè la tisi polmonare tubercolosa non è ancora avanzatissima, ci è facile di guarire le diarree che riconoscono per causa una alterazione incipiente dei follicoli di Peyer e di Brunner. Ma quando la cachessia tubercolosa ha fatto dei progressi, la più leggiera irritazione della cripte dell' intestino acquista, all'istante, una tendenza invincibile all'ulcerazione.

Nell'ammalato di cui abbiamo rapportato l'osservazione, è probabile che, allorquando i tubercoli polmonari saranno rammolliti, la tisi laringea incipiente, che noi potemmo guarire una prima volta, resisterà a tutte le nostre medicazioni, comunque energiche e ben intese possano essere, e che essa si avvierà a un termine fatale, contemporaneamente alla malattia del polmone.

Tisi laringea cancerrosa. Questa forma di tisi laringea non differisce realmente, in quanto ai suoi sintomi, dalla tisi la-

ringea semplice. L'esempio da noi già rapportato nel capitolo ove trattiamo delle specie (Osserv. 18), ne offre la prova la più evidente. La natura del dolore dovrebbe essere un carattere importante, se debbasene giudicar dall'analogia; ma consultando il solo fatto di questo genere che ci è occorso di osservare, abbiam veduto che questo tumore non cagionò mai i più piccoli lancinamenti, e che pervenne al più alto grado, senza che l'infermo abbia accusato altra cosa fuorchè la molestia inseparabile da una simile lesione.

La sola presenza del tumore potrà dunque condurre alla diagnosi, e ciò quando esso sia arrivato al grado in cui era quello che noi osservammo; dappoichè, in un minore sviluppo, è impossibile di distinguerlo da ogni altro tumore. A quali segni, per esempio, distinguerlo dal tumore tubercoloso da noi osservato nel laringe del signor de Serry (Osserv. n, 1)? certamente, questa diagnosi differenziale sarebbe stata del tutto impossibile.

Dicemmo più alto, nel capitolo dove cercavamo di stabilire le specie della tisi laringea, che non sarebbe forse cosa ridicola l'ammettere una tisi laringea erpetica. Ci vien voglia adesso di giustificare con alcune riflessioni l'opinione che venghiam d'azzardare.

È un fatto che non può essere sfuggito ai pratici i quali sonosi occupati della patologia del laringe; cioè, che le persone le quali hanno per lungo tempo sofferto un'affezione cronica della membrana mucosa delle fosse nasali, sperimentano allo spesso delle flemmasie del faringe e del laringe, le quali alternano colla malattia del naso o che sembrano non esserne che l'estensione. Noi ne abbiamo citato un caso (Osserv. 44), e ci sarebbe facile di presentarne molti altri. Or, se queste flemmasie croniche della membrana mucosa delle fosse nasali consistono il più comunemente in un eczema cronico, sarebbe forse ridicolo l'ammettere, per il laringe, qualche cosa di analogo? Noi lasciamo ai nostri lettori la cura di decidere tale questione patologica.

Diagnosi differenziale. Tre sono le malattie colle quali sarebbe possibile di confondere la tisi laringea; cioè: la tisi tracheale, l'angina laringea edematosa, e l'asma.

In quanto alla tisi tracheale, non può, a nostro avviso, essere, nel maggior numero dei casi, distinta dalla tisi laringea, colla quale trovasi quasi sempre unita, siccome lo abbiam dimostrato al capitolo II.

Il signor Cayol il quale nel 1810, sostenne la sua tesi sulla *tisi tracheale*, pensa al contrario, che questa malattia ha sin-

tomi proprj; ma i sintomi che indica non sono affatto diversi da quelli della tisi laringea, così che sarebbe veramente impossibile per mezzo di essi il distinguerle. Noi abbiamo attualmente questa tesi sotto gli occhi, e, dopo d'aver letto con tutta l'attenzione le osservazioni che contiene, siamo rimasti convinti che l'esame del laringe era stato fatto superficialissimamente: e i nostri lettori saranno al certo della nostra opinione allorchè vedranno negli ammalati del signor Cayol, morti per la più parte con accessi d'ortopnea, *il laringe nello stato sano*, ed ulcerazioni nella trachea, *che non ne diminuivano il calibro.*

L'angina laringea edematosa è presso a poco nel medesimo caso. Allorchè quest'affezione è acuta, non può essere confusa che col crup, e niuno, che noi sappiamo, non potrebbe metterla a parallello colla tisi laringea. Quando è cronica, ed è il caso più frequente, essa è il più spesso uno degli esiti della tisi laringea, ed allora non è più che un sintomo di quest'ultima affezione. Non è questo il luogo di discutere i rapporti che esistono tra la tisi laringea e l'edema della glottide, avendo, nel nostro capitolo delle terminazioni, consacrato un lungo paragrafo alla discussione di questo punto importante di patologia.

L'asma.Per asma,non intendiamo noi parlare di quello stato abituale di difficoltà nella respirazione che si osserva nelle persone attaccate d'una malattia del cuore o dei polmoni. Non ci sembra possibile, che si confonda mai questa forma di dispnea con quella ch'è prodotta dalla tisi laringea, e però ci asterremo d'indicarne i segni differenziali.

L'asma di cui può solamente esser qui questione, è quella nevrosi singolare dell'apparecchio della respirazione, caratterizzata soprattutto da parosismi d'ortopnea, i quali sono poi seguiti d'una calma più o meno perfetta nella respirazione.

Allorchè si è testimonio di due accessi d'ortopnea cagionati l'uno dall'asma, l'altro dal ristrignimento del laringe nella tisi laringea, si resta a prima giunta colpito della grande conformità dei fenomeni. L'attitudine dell'infermo, la espressione del volto, lo sforzo delle potenze muscolari, tutto è simile; ma un segno patognomonico è solo bastante per istabilire tra le due malattie una immensa distanza: nell'asma, la voce è sonora; nella tisi laringea, la voce è estinta. Se ora, invece di non considerare che il tempo dell'accesso, vogliasi paragonare tra loro gli altri sintomi, si vedrà a qual punto essi differiscono. Nell'asma, l'oppressione si ma-

festa subitamente, senza che nulla preceda, senza causa ·rcettibile; poi cessa dopo alquante ore, e, come se avesse ·r così dire sorpreso l'infermo tra la più florida salute, lo scia senza alcun altro sintomo molesto, tranne una pic·la stanchezza. Questi accessi d'asma sono stati preceduti 'altri accessi somiglianti, e sono anche seguiti da parosimi che non differiscono per nulla dagli altri.

Ma, nella tisi laringea, l'ortopnea viene nel più dei casi, i grado in grado, ed è stata preparata ordinariamente da na difficoltà più o meno notabile nella respirazione, da n'alterazione nel tuono della voce. Quando il parosismo è ·assato, la respirazione non ritorna già facile; poi gli acessi vanno succedendosi, crescendo sempre d'intensità, sino che finalmente l'infermo giunge a un tal grado d'asfissia, he la morte pare imminente e rendesi, il più sovente, neessario il soccorso d'una operazione chirurgica.

È dunque impossibile, secondo noi, il confondere due maattie l'andamento e la forma delle quali sono così essenialmente differenti.

CAPITOLO VI.

TERMINAZIONI

§ I. Pria di dire in qual modo la tisi laringea semplice divien causa di morte, convien ricercare primieramente come muojono in generale i tisici.

La consunzione polmonare tubercolosa può, da se sola, arrecare la morte dell'infermo? questa proposizione, sostenuta un tempo da grandi autorità, pareva talmente evidente a prima vista, che niuno davasi la pena di esaminarla; ed era già stata ammessa di dritto nella patologica.—Nulladimeno, ci permetteremo noi, a questo proposito, alcune osservazioni le quali, altre volte paradosse, hanno oggi ottenuto l'assenso di quasi tutti i medici.

La tisi (consunzione) non sarebbe a buon diritto *polmonare*, nel senso stretto e letterale, se non quando la suppurazione dell'organo respiratorio, la sua infiammazione cronica e la sua fusione tubercolosa, facessero lentamente passar l'ammalato per tutti i gradi del marasmo, sin che alla fine si estinguesse la vita, senza che alcun altro organo dell'economia fosse stato attaccato.

Ma di raro succede così. La vita ordinariamente non si

estingue che per le numerose simpatie svegliate, o dalla flemmasia polmonare, o dal riassorbimento dei prodotti morbosi. E, senza parlar qui delle lesioni dinamiche, come l'accelerazione del polso, l'accrescimento del calore ec., vediamo sopravvenire una moltitudine di lesioni organiche più o meno profonde, le quali, abbenchè secondarie, sono qualchevolta più immediatamente funeste che non è la stessa affezione primitiva. Ed in vero, la diarrea colliquativa dei tisici, espressione sintomatica d'una flemmasia del tubo digestivo, non trascina più rapidamente alla morte, che la suppurazione dei tubercoli rammolliti, comunque abbondante possa essere? L'accidente secondario ha dunque qui, avendo riguardo al pericolo, maggior valore che la lesione primitiva.

Ciò bene stabilito, cioè, che nella tisi polmonare, abbenchè i primi disordini appariscano manifestamente nel polmone, la morte avviene ordinariamente in conseguenza di disturbi funzionali gravi e di lesioni organiche più gravi ancora, disturbi e lesioni stranieri all'apparecchio respiratorio, diverrà allora più facile, a noi sembra, d'assegnare alla tisi laringea tubercolosa il vero posto, che aver deve nel quadro nosologico.

Non si domanderà più, in fatti, se la lesione cronica del laringe sia da se sola, e senza la partecipazione d'alcun altro organo, la causa della morte; basterà che la lesione sia stata per lungo tempo l'affezione principale, che abbia da se sola arrecato disordini serii; ed allorchè si aggrupperanno, attorno di essa, delle alterazioni in altri organi più o meno connessi, non potrà ricusarsi di credere all'esistenza d'una tisi laringea.

In questo caso, la priorità ben avverata delle lesioni diverrà per noi il titolo principale nell'assegnazione del nome della malattia.

Se il polmone è il primo ad affettarsi, e consecutivamente il mesenterio e i follicoli dell'intestino divengano la sede di disordini più immediatamente mortali, che quelli del polmone, non ci asterremo per questo di chiamar la malattia *una tisi polmonare.* Se al contrario, il gonfiamento tubercoloso dei gangli mesenterici ha segnalato il principio della malattia, cui tenga dietro, e a poco a poco, l'ulcerazione dell'intestino gracile, e che finalmente nell'ultime scene della vita, sviluppinsi e si rammolliscano dei tubercoli polmonari, diremo che il nostro ammalato aveva una *tisi mesenterica* (secondo l'espressione dei nostri antenati), siccome

poco fa dicevamo, che esisteva una *tisi polmonare*. Per la stessa ragione, allorchè la serie dei fenomeni locali e generali sarà manifestamente cominciata dal laringe, e che più tardi, la tisi laringea facendo sempre dei progressi, il polmone, gl'intestini, il mesenterio verranno a presentare i segni della tubercolizzazione, non lasceremo di dire che l'ammalato ha una *tisi laringea*. Egli avrà, se vuolsi, una tisi laringea, più una tisi polmonare, più un'enteritide tubercolosa, più una atrofia mesenterica; ma in somma egli avrà una tisi laringea.

Ci affrettiamo, nulla di meno, di convenire, che esiste una differenza immensa tra la tisi laringea, e la tisi polmonare. Questa differenza consiste meno nella causa che ha loro dato origine (giacchè l'una e l'altra sono state supposte tubercolose), che nell'estensione e nell'importanza dell'organo ammalato, ed anche nel numero delle simpatie, che l'uno e l'altro possono svegliare. È fuor d'ogni dubbio, che sia d'uopo d'un tempo lunghissimo perchè una malattia cronica del laringe divenga cagione di morte per la *consunzione;* meno tre che sappiamo con qual terribile rapidità ammazzano le tisichezze polmonari cui si è dato il nome di *galoppanti*. Non è nostra intenzione dunque di assimilare tra loro queste due specie di tisi, ma mostrare soltanto i punti di contatto che possono avere.

Non abbiamo sin ora attinti i nostri oggetti di comparazione, che nelle affezioni tubercolose, ma non dissimuliamo ciò che i nostri ragionamenti han potuto avere di vizioso; ed in vero, la tubercolizzazione è un fatto generale nella nostra economia, e se, di tutti gli organi, il polmone è quello il quale siane il più sovente affetto, non è men vero che quasi tutti gli organi vi possono partecipare. Diremo lo stesso del cancro. Ne siegue che la simultaneità delle lesioni nei varii apparecchi non prova in nessun conto che v'abbia avuto un rapporto necessario tra la lesione primitiva, o, per dir meglio, tra l'organo primitivamente leso, e quelli che lo sono stati ulteriormente. Allorchè dunque esistono simultaneamente dei tubercoli nei polmoni, nel laringe, negl'intestini, nei ganglii mesenterici, nei diversi parenchimi, non si ha fondamento di dire ch'era l'infermo attaccato di *tisi polmonare o laringea*, ma bensì *d'una tisi tubercolosa*, ciò ch'è una cosa affatto diversa; ma l'uso ha prevalso, e s'indica la specie di tisi dall'organo il più vivamente affetto; noi ci conformiamo a quest'uso, comunque vizioso esso sia, os-

servando però, siccome poco anzi dicemmo, piuttosto l'ordine di priorità che l'ordine di gravezza.

Da tutto ciò che si è detto, risulta che, per la *tisi laringea tubercolosa*, noi crediamo che la morte per consunzione sia dovuta meno alla lesione del laringe che all'altre lesioni organiche le quali sono concomitanti piuttosto che consecutive.

Ciò basti per la tisi laringea tubercolosa, la quale, a dir vero, non è che l'espressione locale d'uno stato generale.

Studiamo ora la tisi laringea semplice e vediamo di qual maniera può essa cagionare la morte.

In quanto a noi, non abbiamo osservato un sol caso di malattia cronica del laringe che abbia prodotto la morte per consunzione; ma ciò che una lunga frequentazione degli ospedali, ciò che una pratica estesissima nella città non ci ha permesso di vedere, altri pratici l'han veduto, dei quali la testimonianza è sì grave, che non potrebbesi rivocarla in dubbio senza uno scetticismo ingiusto. Le osservazioni da noi citate sotto i n. 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14, e le quali sono annesse al capitolo delle specie come tipi di tisi laringee semplici, provano abbastanza che la lesione del laringe può per se stessa cagionare la morte per consunzione.

Ma ciò che noi abbiamo spesso osservato, ciò che altri pratici hanno prima di noi veduto, sono certe malattie croniche del laringe causanti una febbre che aveva tutti i caratteri dell'ettica, producenti uno smagrimento ed una debolezza considerevole; e se il gonfiamento della membrana mucosa del laringe, e la soffocazione che n'era la conseguenza, cagionavano in ultimo luogo la morte, non è men vero ch'era sopravvenuta una notabilissima consunzione pria che l'ortopnea fosse cominciata. Da questo grado di consunzione a quello che caratterizza la tisi confermata, non havvi veramente che un passo.

Or, nella forma semplice della tisi laringea, in qual maniera avviene la morte? Consultando le osservazioni da noi poco fa citate, vedesi che la febbre ettica, l'abbondanza dell'espettorazione, la ferocia della tosse, la veglia, e finalmente i varii disturbi della digestione, esaurirono lentamente la vita, senza che all'autopsia siasi trovata, onde spiegare tutti questi sintomi secondarii, alcun'altra alterazione grave fuorchè quelle ch'esistevano nel laringe.

Qui, veramente, si è in diritto d'attribuire la morte ad una *tisi laringea* in tutto il rigore del termine.

Ma questi casi sono rarissimi, bisogna confessarlo con Andral (1).

Nelle circostanze le più ordinarie, l'affezione del laringe, fin che non è avanzatissima e non dia luogo nè ad una tosse ostinata, nè a febbre, nè ad oppressione, non cagiona quasi niuno smagrimento; ma sopravvenendo i fenomeni dei quali venghiam di parlare, gli ammalati cadono prontamente in uno stato generale gravissimo. La dispnea fa ben tosto progressi, e la morte sopravviene per asfissia. Ecco il modo più comune di terminazione.

È chiaro che non vi è stata qui, propriamente parlando, *tisi laringea*, giacchè non vi è stata consunzione; ma l'uso ha prevalso, e si è lasciato questo nome alla malattia, atteso che, senza l'obliterazione delle vie aeree, l'infermo sarebbe lentamente passato per tutti i gradi della consunzione.

A dir vero sembra, a prima vista, difficile il comprendere in qual modo una flemmasia cronica ed ulcerosa del laringe possa, per se sola, produrre la consunzione. La superficie della membrana mucosa è sì poco estesa, la suppurazione è, in generale, così poco abbondante, i dolori sì lievi, le relazioni simpatiche dell'organo sì poco importanti, che, per credervi, non abbisogna niente meno che l'imponente autorità dei nomi che abbiamo citati al capitolo *specie*, nel quale stabiliamo l'esistenza della tisi semplice.

Si comprende, in fatti, come l'infiammazione cronica, l'ulcerazione e la suppurazione dei reni, dell'intestino, della vescica, d'una gran massa di tessuto cellulare, possano impoverire ogni giorno la massa del sangue, suscitare delle reazioni febbrili, e gettare l'infermo nel marasma.

Ma havvi qui un'altra cosa a considerare: la continuità della tosse, che strapazza e il polmone e tutti i muscoli espiratori, ed impedisce gl'infermi di gustare un istante di sonno; la difficoltà, spesso considerevole, della deglutizione, l'impossibilità ove sono qualche volta gl'infermi d'inghiottire la più piccola sostanza alimentare senza esser colti all'istante di tosse convulsiva e di soffocazione; in una parola, la veglia da una parte, l'inedia dall'altra, bastano, a noi pare, per ispiegare il marasmo e la morte.

La tisi laringea semplice fa dunque morire, il più spesso, diversamente, che le due altre tisi; diversamente che le suppurazioni profonde e continue degli altri organi, indipendenti da una lesione tubercolosa.

(1) *Clinique medicale*, tomo II, pag. 220.

Un modo frequentissimo di terminazione della tisi laringea è la tisi polmonare.

Dicemmo poc'anzi in qual modo questa producesse sovente dei gravi disordini negli organi più o meno lontani; pel contrario, non ripugna il credere ch'essa stessa possa essere provocata da una causa analoga, ed essere, in tal caso, consecutiva.

Abbiamo già rapportato alcune osservazioni le quali dimostrano, secondo noi, la giustezza di questa maniera di vedere, e quindi non possiamo far meglio che rinviarvi.(Oss. n. 23 e 33.)

Ma, tra queste osservazioni, havvene una molto più importante dell'altre in favore dell'opinione che difendiamo, quella, cioè, che abbiamo estratta dalla memoria del signor Bulliard (1), (Osserv. n. 33 bis.)

Il soggetto di questa osservazione, dopo di essere stato tracheotomizzato in occasione d'un'angina laringea acuta, portava una canula a permanenza sin da quindici mesi. Otto mesi prima di morire, l'ascoltazione con diligenza praticata non indicò mai l'esistenza di tubercoli polmonari, e all'autopsia si rinvennero numerosi tubercoli suppurati nei polmoni; è dunque difficile il credere che la flemmasia del laringe non sia stata la causa dello sviluppo di queste produzioni morbose.

Ravvicinando questo fatto a quello di madama Petit (oss. n. 18, capit. *Specie*), si vedrà la stessa causa produrre il medesimo effetto. Questa signora, ascoltata con attenzione dal sig. Louis e da noi, non presentò alcun sintomo di tubercoli polmonari; una canula a permanenza era stata lasciata nella trachea, e, indipendentemente dal tumore cancerroso sviluppatosi nel laringe, trovaronsi dopo la morte dei tubercoli polmonari in parte rammolliti.

In questi due casi, le condizioni in cui trovavansi gl'infermi erano molto diverse. Era l'uno attaccato d'una flemmasia cronica semplice del laringe; egli era bevone e debosciato; la sua professione obbligavalo ad esporsi spesso all'intemperie delle stagioni; viveva l'altro nell'agiatezza, aveva sempre menato una vita regolare, e portava un tumor cancerroso nel laringe. Non v'era dunque di comune tra questi due individui che la presenza, in ciascuno di essi, d'una canula d'argento nella trachea. Ed intanto, sebbene negli ultimi tempi i polmoni sembrassero sani in entram-

(1) *Journal hebdomadaire de medecine*, 1829.

bi, furon trovati, dopo la morte, infarciti di tubercoli in parte suppurati.

Per madama Morin, della quale rapporteremo ora succintamente l'osservazione, le stesse riflessioni trovano qui il loro posto; allorchè prestammo per la prima volta le nostre cure a questa inferma, il laringe era manifestamente la sede quasi esclusiva dei disordini morbosi, e le piccole emottisi che avevan luogo potevano ragionevolmente attribuirsi alla ferocia della tosse. L'ascoltazione, praticata colla più accurata diligenza, non permise di verificare alcuna modificazione nella risonanza del torace, nè negli strepiti respiratorii. Il colorito era eccellente, la grassezza considerevole. Intanto, scorsi alcuni mesi, l'affezione polmonare si appalesa con violenza, e l'ammalata muore sputando del pus e con tutti i sintomi della tisi polmonare.

L'osservazione seguente ci sembra vieppiù decisiva:

Madamigella Longet, d'anni 32, fu colta d'un violento catarro nell'inverno del 1834 al 1835. V'ebbe febbre, smagrimento ed un'afonia che durò per sei settimane. Una cura igienica ben intesa, un trattamento antiflogistico moderato, allontanarono gli accidenti, e, dopo due mesi, la salute erasi perfettamente ristabilita. Intanto, dopo un anno, l'ammalata prende un nuovo catarro all'uscire d'un ballo; si sviluppano gli stessi accidenti: febbre, espettorazione abbondante, affievolimento di voce. Un'applicazione di sanguisughe, l'uso continuato degli emollienti fanno di nuovo cessar la febbre e l'espettorazione; ma l'afonia e la tosse persistono.

Sei mesi dopo, la respirazione divien sibilante, laboriosa, e tutto indica che il laringe è la sede d'un ristrignimento considerevole: la morte per soffocazione era imminente. Le frizioni mercuriali, praticate alla parte anteriore del collo, fanno cessare questa oppressione. Fu allora che potemmo ascoltar con diligenza l'inferma. Il signor Louis, chiamato da noi in consulto, esaminò egli stesso il petto, e trovammo un poco d'oscurità nel suono e nella respirazione bronchica in dietro ed a manca.

Eranvi manifestamente dei tubercoli; ma non udivasi nè gorgogliamento, nè rantolo umidi, e non v'era alcuna espettorazione.

Questo fatto è perfettamente analogo a quello d'una donna che il signor Fournet tracheotomizzò nel servizio del signor Andral, e la quale, quando entrò, non offriva niuno dei segni della tisi polmonare, ma solamente un'oppressione tale che rese necessaria lo broncotomia. Qualche tempo dopo

l'operazione, dichiarossi la tisi polmonare, e l'inferma morì di mal di petto.

Or, potrà forse dirsi di questi infermi che la lesione del polmone sia stata la causa dell'affezione del laringe, mentre che questa aveva già esistito gran tempo prima che l' altra si appalesasse, e che diggià esistevano, dal lato del laringe, i più gravi disordini, e che l'esame il più attento non permetteva di verificare ancora il rammollimento della materia tubercolosa?

Questi fatti sembrerebbero dunque deporre in favore dell'opinione di Borsieri e di Portal, i quali risguardavano la tisi laringea come causa frequentissima della tisi polmonare. Sono per lo meno direttamente contrari a quella del signor Louis, il quale sostiene, che le ulcerazioni della trachea e del laringe son dovute al passaggio del pus, ciò che non può aver luogo per li casi che venghiam di citare, atteso che i tubercoli non erano ancora suppurati.

Il signor Louis, spiegando le ulcerazioni del laringe e della trachea-arteria coll'irritazione che produce il pus proveniente dai polmoni, non è però assoluto in questa opinione, atteso che non la dà che come probabilissima; e, in mancanza di questa spiegazione, la quale, soddisfacentissima *in generale*, cessa d'esserlo nei casi di cui ci occupiamo, non potrebbesi invocar la diatesi, ed ammettere semplicemente la simultaneità delle lesioni polmonare e laringea, senza riguardarle come cause l'une dell'altre?

Si vede spesso un'articolazione divenir la sede d'un tumor bianco, e poco dopo dichiararsi la tisi polmonore; in altri casi, vediamo una diarrea cronica, dovuta all'ulcerazione tubercolosa delle glandole di Peyer persistere per molti mesi, ed i polmoni non affettarsi se non dopo lungo tempo. Nei casi ordinarii, il rammollimento tubercoloso è quello che preesiste, e la lesione intestinale quella che siegue. A nostro avviso, queste diverse alterazioni non sono già cause l'una dell'altra; ma solamente il prodotto della diatesi tubercolosa la quale colpisce il più spesso primieramente il polmone, ma che, in alcuni casi rarissimi, si appalesa da prima in un altro organo, e non affetta che secondariamente il polmone; ed è facile per altro il comprendere che siavi tra il laringe e i polmoni una solidareità più stretta, che non se ne osservi tra questi visceri ed ogni altro apparecchio dell' economia.

La tisi laringea non sarebbe dunque, secondo pensa Borsieri, la causa della tisi polmonare, nè la lesione polmonare

quella che, siccome crede il signor Louis, produrrebbe i disordini laringei La questione consiste semplicemente a verificare quale dei due, il polmone o il laringe, sia stato il primo affetto; or, tale questione è difficile a risolversi.

Pria che Laënnec avesse scoperto l'ascoltazione, l'opinione di Borsieri, che attribuisce spesso l'anteriorità alla lesione laringea, doveva necessariamente prevalere; ed in vero, non potevasi riconoscere la presenza dei tubercoli polmonari se non quando eran diggià molto innoltrati, mentre che i segni della malattia del laringe colpiscono i medici i meno esperti. Ma, ai nostri giorni, l'esame degli organi contenuti nella cavità del petto si fa con tanta precisione, che le alterazioni del polmone si disvelano, allo spesso, pria che la tosse, l'emottoe e l'espettorazione purulenta rendano evidente la tisichezza tubercolosa.

Non è però dato a tutti i medici di verificar con facilità i disordini ancor poco avanzati di cui il parenchima polmonare può esser la sede; uop'è d'una grande abitudine nell'ascoltazione, e della pratica costante negli ospedali per distinguere quelle gradazioni nell'intensità dei mormorii respiratorii e della risonanza della voce, che sono d'un sì grande valore diagnostico. Aggiungiamo che, anche nel caso in cui esistesse un'alterazione facilmente percettibile d'una porzione del polmone, nel mormorio della respirazione od in quello della voce, non dovrebbesi sempre conchiudere alla tubercolizzazione; ma, ripetendo l'esame dell'infermo, e seguendo i progressi dei segni somministrati dall'ascoltazione, si giugnerà in poco tempo ad una quasi certezza.

L'afonia, il ristrignimento del laringe e l'oppressione che n'è la conseguenza, sono dei grandi ostacoli all'ascoltazione. Da una parte, non puossi esplorare la risonanza della voce, che somministra così preziosi mezzi di diagnosi; dall'altra parte, il sibilo che si suscita nel laringe, maschera talmente il mormorio della respirazione, che diviene affatto impossibile di appercepire quelle gradazioni leggiere delle quali poco fa parlavamo. Ciò è quanto ci avvenne per riguardo il signor L..., di Dunkerque, di cui rapportammo l'osservazione sotto il n. 25. Il suono era poco chiaro, senza però essere oscuro; e siccome questa semi-oscurità osservavasi in tutto il petto, non poteva servire a giudicare il predominio relativo della lesione polmonare (l'autopsia provò, in fatti, che i polmoni erano egualmente infarciti di tubercoli in tutta la loro estensione). In quanto ai mormorii respiratorii, perdevansi interamente in mezzo al gorgogliamento

bronchico e laringeo, e l'afonia assoluta non permetteva di riconoscere la risonanza della voce. Intanto, la tisi polmonare tubercolosa era evidente: l'abbondanza dell' espettorazione purulenta, la febbre ettica, la diarrea, lo smagrimento, i sudori notturni, tutto concorreva verso questa diagnosi, che noi non potevamo stabilire coi segni stetoscopici. Lo stesso avvenne relativamente a un certo signor Prevot, parente del dottor Honoré. Questo ammalato, allorchè il signor Honoré ci fece l'onore d'affidarlo alle nostre cure, era attaccato della tisi polmonare e laringea all'ultimo grado; ed intanto nè la percussione, nè l'ascoltazione ci valsero a riconoscere la presenza e il rammollimento dei tubercoli, e ciò per gli stessi motivi che resero impossibile la diagnosi stetoscopica presso il signor L..., di Dunkerque.

Conchiudiamo, 1 che, il più spesso, la tisi polmonare tubercolosa si appalesa la prima, e che il laringe non si affetta che negli ultimi tempi;

2. Che nei casi i più rari, la lesione tubercolosa comincia dal laringe e non invade il polmone che secondariamente;

3. Che qualchevolta la tisi laringea e la tisi polmonare procedono simultaneamente;

4. Che, in tal caso, la lesione sembra qualche volta esistere esclusivamente nel laringe, a causa del predominio dei sintomi laringei e della difficoltà di riconoscere la lesione dei polmoni coi segni stetoscopici.

Asserimmo poco fa che il marasmo è di raro la conseguenza della tisi laringea, e che tra le cause, che producono la morte pria che abbia avuto luogo il marasmo, indicammo il gonfiamento della membrana mucosa del laringe, prodotto dalla sua ulcerazione o dalla sua infiammazione cronica.

Siccome questa causa di morte è una delle più frequenti e delle più gravi insieme, crediamo di dover consacrare un paragrafo particolare allo studio dei rapporti che v'hanno tra questo gonfiamento della membrana mucosa laringea, di cui si ha fatto una malattia speciale, e la flemmasia acuta o cronica delle parti ch'entrano nella composizione del laringe.

§ 2. *Rapporto dell' angina laringea edematosa colla tisi laringea.*

È nostro scopo, in questo paragrafo, di provare che l'angina edematosa non differisce quasi mai (1), *in quanto alla sua natura*, dall' angina laringea edematosa infiammatoria descritta dagli autori, e di cui Boerhaave ci ha lasciato, nei seguenti aforismi, un quadro sì fedele ed energico, che crediamo nostro debito di qui testualmente riprodurre.

Afor. 801. « Si sola laborat pulmonalis fistula, illaesis « aliis, in interna membrana sua musculosa tunc oritur ibi « tumor, calor, dolor, febris acuta calida, ceterum externa « signa nulla; vox acuta, clangosa, sibilans; inspiratio acute « dolens; respiratio parva, frequens, erecta, cum summo « molimine; hinc circulatio sanguinis per pulmones diffici-« lis; pulsus mire et cito vacillans, angustiae summae; cita « mors. Estque haec una ex iis quae funestissimae, nec ex-« terna dant signa: quo vero propius glottidi et epiglottidi « malum, eo sane magis lethale. »

Afor. 802. « Si larynx imprimis acute inflammatur, et « sedem habuerit malum in musculo albo glottidis et simul « in carnosis ei claudendae inservientibus, oritur dirissima, « subito strangulans, angina. Signa ut priora (801), dolor « in elevatione laryngis ad deglutitionem ingens, auctus in-« ter loquendum atque vociferandum; vox acutissima, stri-« dula, citissima, cum summis angustiis, mors. Estque haec, « sine signis externis, omnium pessima. »

Bayle è il primo, che abbia delineato l'istoria della grave malattia che ci occupa. Bichat (2) aveva parlato, siccome d'un fatto conosciuto dai medici, dell'infiltramento cui vanno

(1) Diciamo *quasi mai*, dappoichè, negli esempi numerosissimi di malattie del laringe che noi abbiam veduti o che abbiam letti negli autori, non ne abbiamo trovato che un solo il quale potesse incontrastabilmente riguardarsi come appartenente all'angina laringea edematosa di Bayle. Eccolo: Una fanciulla di otto anni aveva avuto la scarlatina. Dopo otto giorni che terminato era l'esantema, fu presa d'un anasarca generale; la faccia, le labbra e la bocca s'infiltrarono, e poco dopo apparvero tutti i sintomi d'un' angina edematosa; i lassativi e i diuretici furono amministrati con vigore; si stabilì la diaforesi, le urine colarono in abbondanza, l'anasarca disparve, e con esso tutti i sintomi di soffocazione.

(2) *Anatomie descriptive*. Parigi, 1823, tomo II, pag. 404.

soggetti i legamenti ariteno-epiglottici; intendeva forse parlare dell'osservazioni rapportate da Morgagni? Noi l'ignoriamo, ma confessiamo non conoscere altra raccolta anteriore a Bichat ove ne sia fatta una menzione speciale.

Bayle, adunque, lesse alla società di medicina di Parigi, il 18 agosto 1808, una memoria sopra una malattia cui egli impose il nome d'edema della glottide (1), e che riguardò come essenzialmente diversa dall'angina laringea infiammatoria.

Nel 1815, un allievo della facoltà di Parigi, Thuilier, sostenne la medesima opinione nella sua tesi inaugurale; e, d'allora in poi, *l'edema della glottide* fu ammessa come malattia speciale nel quadro nosologico.

Fu nel 1825, che il signor Bouillaud osò contraddire la opinione di Bayle e di Thuilier, e, da quest'epoca, non essendo stata pubblicata niuna monografia di peso intorno a questo soggetto, la questione rimase indecisa ed in bilancia tra alcune osservazioni isolate, le quali deponevano secondo i loro autori, ora a favore dell'antica maniera di vedere, ora della nuova. Crediamo dunque che non sarà senza interesse il discutere oggi le due opinioni emesse: più ricchi che i nostri predecessori di tutti i fatti pubblicati dopo i loro travagli, e, forse, meglio collocati di essi per osservare le malattie, che si riferiscono alle prime vie della respirazione, speriamo essere abbastanza fortunati per gettar qualche luce sulla questione in litigio.

Morgagni, citato da Bayle e da Bouillaud, parla chiaramente, nella sua quarta lettera, d'alterazioni del laringe che hanno correlazione all'angina laringea edematosa.

Non parliamo noi del pizzicagnolo di cui si fa menzione nella lettera 43, art. 24; la malattia di quest'uomo si riferisce manifestamente all'angina pituitosa o catarrale tenue di cui parla Boërhaave (afor. 791), e ci fa maraviglia che nè Bouillaud nè Bayle non abbian fatto questa osservazione.

In quanto al coltivatore dell'art. 26 (lett. 4), vediamo ciò

(1) Notiamo qui, di passaggio, che la denominazione d'edema della glottide è del tutto impropria, non per le ragioni addotte da Olivier des Brulais nella sua tesi inaugurale sostenuta alla facoltà di Medicina di Parigi l'11 ottobre 1835; ma perchè la *glottide è un'apertura*, e non può in conseguenza edematizzarsi; bisognerebbe dire *edema delle pareti della glottide*. Noi ci serviremo nel progresso di questa discussione dell'espressione: angina laringea edematosa.

che dice Morgagni dell'alterazioni che disvelò l'esame della gola dopo la sua morte.

« Ore autem denique aperto, primum in cospectum venit « tumor nuci juglandi fermè par, qui dexteram palati par« tem qua molaris dens erat plurimum vitiatus, et exesus, « cum continente gingiva occupabat, et pure ex parte cocto « turgebat. Porro membrana qua uvula et contiguae partes, « atque exterior larynx ad extremum usque epiglottidis api« cem conteguntur, cum in summo livida erat, tum concisa, « innumeras quasi cellulas sub se ostendit, quarum tenues « et subrubri parietes quadam, ut sic dicam, *gelatina*, cel« lulas complente, distendebantur. Quae his cellulis sube« rant, ea quidem sana apparebant; at interior tamen la« ryngis facies subrubro colore prope glottidem infecta erat, « ipsaque glottidis latera quae ceteroquin albicabant, ut so« lent, *multa magis quam soleant connivebant.*

Come è possibile che Bayle non abbia veduto che qui il tumore suppurato della bocca era il punto di partenza di tutti gli accidenti? Come non ha egli riconosciuto, dal color livido della glottide, dall' inghiettamento sanguigno della membrana mucosa laringea, i caratteri d' un' infiammazione di queste parti? Ma ciò che più ci sorprende si è che Bouillaud, combattendo Bayle, non siasi servito dell' arma che questi gli aveva posta nelle mani citando questa osservazione.

Quando leggesi con attenzione la memoria di questo autore così giudizioso, per come fu inserita nel Dizionario delle scienze mediche, tomo XVIII, pag. 504, si resta sorpreso delle numerose contraddizioni che vi s' incontrano.

Così, leggiamo alla pag. 506: « L' angina laringea ede« matosa non può essere confusa con l' angina laringea in« fiammatoria, così ben descritta da Boërhaave, § 801; la « violenza della febbre in quest'ultima malattia, la sua assenza « nell' edema della glottide, bastano per distinguere queste « due affezioni il corso delle quali è per altro differentissimo.»

E alla pag. 507, dopo d'aver detto che l' angina laringea edematosa è primitiva o consecutiva, aggiunge: «Allorquando « questa angina è primitiva, pare dipendere da un'affezione « catarrale od infiammatoria del laringe.» e più sotto, trattando delle cause dell'angina laringea edematosa, si legge: « Sono (le cause) tutte quelle delle malattie *infiammatorie* « *e catarrali che agiscono in un individuo predisposto ad* « *un' irritazione* del laringe. Ma qual è questa predisposi« zione? in che differisce da quella che produce l'angina la« ringea infiammatoria? io l'ignoro..., ec. »

« Ecco, in questa guisa, un'angina non infiammatoria che pare dipendere da un'affezione *catarrale od infiammatoria*, e prodotta da tutte le cause suscettibili di suscitare le infiammazioni; e perchè questa malattia deve essere separata dall'angina infiammatoria di Boërhaave? perchè in questa havvi sempre della febbre, mentre che quella « non n'è per ordinario accompagnata » (pag. 505).

La febbre, questa reazione generale dell'organismo contro gli agenti perturbatori, non dipende dunque, allorchè è consecutiva, dalla gravezza della lesione locale che la suscita, e nel tempo stesso, dalla disposizione attuale del soggetto? Allorchè questa lesione locale sarà debole, o che l'individuo che ne sarà attaccato sia d'una debole costituzione, o che sia esaurito da lunghe e penose malattie, questa lesione non dovrà ella partecipare della debolezza del soggetto o della poca importanza della lesione? Crediamo, che non vi sarà alcuno che risponderà negativamente a tali questioni, ed ecco, intanto, ciò che farebbesi ammettendo che le due angine, da noi messe a parallello, non sieno della stessa *natura*, pel solo motivo che l'una è con febbre, e che l'altra manca per ordinario di questo sintomo.

Nel passo da noi sopra citato, Bayle dimanda in che questa disposizione all'angina laringea edematosa differisce da quella all'angina infiammatoria. Ma ce lo dice egli stesso, egualmente che Thuilier: cioè, che tutti i soggetti nei quali questi due medici hanno osservato la malattia, erano « persone indebolite da malattie anteriori » e nei quali, per conseguenza, la reazione febbrile doveva esser debole o nulla.

In quanto al colore bianco dei legamenti ariteno-epiglottici osservato nei soggetti aperti da Bayle e Thuilier, puossi, secondo noi, spiegar abbastanza colle riflessioni seguenti:

1. Questi legamenti erano *infiltrati* di pus o di materia sero-purulenta; non deve dunque arrecar maraviglia che il colore sia stato conforme ai liquidi ch'essi contenevano. D'altra parte, ignoriamo, che esista esempio di pus formatosi senza infiammazione precedente, e questo argomento del color bianco delle parti che sono la sede dell'infiltramento, sarebbe totalmente in favore di coloro i quali risguardano l'angina laringea edematosa come di natura infiammatoria.

2. Questa colorazione bianca non è costante; e quando lo infermo è morto in brevissimo tempo, e soprattutto allorchè la sua malattia l'ha colpito al momento in cui godeva d'una sanità perfetta, o che, siccome l'infermo della 2 osservazione

del sig. Bouillaud, che noi rapporteremo testualmente sotto il n. 28 alla fine di questo capitolo, era egli in preda ad una malattia infiammatoria (erisipela della faccia) le parti sono state allo spesso trovate rosse ed infiammate.

3. Non deve arrecar maraviglia che i legamenti ariteno-epiglottici s'infiltrino di pus in conseguenza d'un'infiammazione, e sieno trovati pallidi dopo la morte, atteso che questo fenomeno si osserva ogni giorno nelle parti provvedute d'un tessuto cellulare lasco e lamelloso, nelle palpebre, per esempio, in seguito dell'erisipele.

4. Finalmente, allorchè i legamenti dell'epiglottide, enfiati, fossero trovati bianchi, senza contener pus nel tessuto cellulare che unisce le loro due lamine mucose, non dovrebbe destar ciò una maggior sorpresa, che di vedere, siccome avviene spesso, la congiuntiva pallida o gialla in individui morti nel corso d'una chemosi; il faringe pallido o giallo in soggetti morti d'un'angina faringea; o la faccia scolorata sui cadaveri d'individui, che sono succombuti ad un'erisipela intensa di questa parte.

Invano si opporrà il carattere speciale dell'inspirazione o dell'alterazione della voce.

Nell'angina infiammatoria, la voce è alterata, come nell'angina edematosa, e in quanto all'inspirazione, sarà essa più difficile se il tumore occupi i legamenti ariteno-epiglottici, e possa, per la sua mollezza, esser trascinato nel laringe dall'aria inspirata, che quando occuperà la parte inferiore del laringe. In questo caso, l'espirazione potrà essere più difficile, che l'inspirazione, e non potrà dirsi per ciò che la *natura* della malattia abbia variato col luogo su cui è fissata.

Che ci si perdoni questa digressione, la quale potrà, a prima giunta, sembrare straniera alla tisi laringea, nostro principale soggetto; ma noi ne avevamo bisogno per ristabilire la natura infiammatoria (prescindendo delle cause speciali) dell'angina laringea edematosa primitiva di Bayle.

Passiamo ora all'esame dell'angina laringea consecutiva, che questo autore ha appena accennato, e che, per la sua frequenza e la sua gravità, prevale molto sulla prima.

Allorchè una parte del corpo è la sede d'una ferita o di un'ulcera, i dintorni della perdita di sostanza non tardano ad infiltrarsi di liquidi, ad ingorgarsi, ed a formare tutto all'intorno un tumore variabile per il suo volume, per la sua sensibilità, e per il suo colore, secondo il luogo ove è situato, secondo la costituzione del soggetto, e spesso anche,

secondo la *natura* della lesione che l'ha prodotto. Dassi allora a questo tumore il nome d'ingorgamento infiammatorio, non perchè il luogo che occupa è infiammato, ma perchè l'ingorgamento é provocato dall' infiammazione d' un luogo vicino. Sin tanto che questo ingorgamento occupa parti poco essenziali alla conservazione dell' individuo, vi si fa poca attenzione, atteso che si sa ch'è un effetto naturale dell'infiammazione, mercè la quale l'organismo travaglia a riparare il male, e che si dileguerà colla perdita di sostanza; questa, in tal caso, resta dunque sempre l'affezione principale, a guarire la quale devono tendere tutti gli sforzi del medico.

E però, l'uomo dell'arte si assicurerà sempre della natura della lesione, e senza occuparsi dell' ingorgamento consecutivo, opporrà un trattamento appropriato, e variabile secondo che dovrà combattere o una ferita, o un'ulcera semplice, erpetica, scrofolosa, sifilitica, ec.

Ma se l'ingorgamento avrà luogo sopra una parte in cui la sua presenza può provocare i più gravi accidenti; se un'ulcera, cagionando l'infiltramento del prepuzio, avrà suscitato una fimosi od una parafimosi; se un rovesciamento della congiuntiva oculare avrà dato luogo ad una chemosi che minacci d'abolire la vista: se una lesione, traumatica o no, avrà infiltrato i bordi superiori del laringe, o il tessuto cellulare sottostante alla membrana mucosa che ne tappezza la cavità; l'ingorgamento allora diviene momentaneamente l'affezione principale, atteso che la sua presenza cagionerebbe accidenti più gravi della stessa malattia primitiva, e contro questo ingorgamento devon essere diretti tutti i mezzi terapeutici.

In queste poche parole è contenuta l'istoria dell' angina laringea edematosa consecutiva; e crediamo che, per non aver ben meditato sopra questa seconda specie d'angina, ha Bayle sostenuto che non è dessa di natura infiammatoria, e il signor Bouillaud, che tale ella è sempre.

Spieghiamo il nostro pensiero: allorchè esiste un' ulcerazione nel laringe, sull'epiglottide o sui legamenti laterali, può l'infiammazione propagarsi molto lungi all'intorno dell'ulcerazione e provocare un afflusso considerevole di sangue, producendo così nei legamenti un vero tumore infiammatorio, ciò che vedemmo, in fatti, avvenire nell'infermo citato nella 1 osservazione della memoria del signor Bouillaud. (Ved. l'osserv. n. 27.)

Ma può altresì succedere, e questo è il caso più frequente, che la tumefazione del tessuto cellulare che riveste l'e-

stremità superiore delle vie aeree non sia che il risultato dell'infiltramento del circuito della piaga. In questo ultimo caso, l'angina, onde essere veramente serosa, dovrà considerarsi come indipendente da ogni infiammazione? Noi nol crediamo, atteso che se non fosse preceduta l'infiammazione, l'infiltramento non avrebbe avuto luogo.

Il cane di cui parla Bichat (1) era senza dubbio attaccato d'un'angina infiammatoria. Un corpo straniero attraversava la sua epiglottide, e la distraeva fortemente. Intanto, l'infiltramento delle parti vicine era dovuto alla serosità.

L'ammalato citato nella tesi d'Olivier des Brulais, osservazione da noi rapportata sotto il n. 30 (2), quello che fa il soggetto della 6 osservazione di Bayle, e finalmente quelle che rapportiamo sotto i num. 1, 22, 24, 25 e 31, sono nello stesso caso, o a un dipresso.

Siamo noi stati abbastanza fortunati per rincontrare, negli ammalati che ci è occorso osservare, cinque casi i quali ci offrono tutti i gradi dell'angina laringea edematosa consecutiva. Noi ne abbiam data la descrizione sotto i numeri 1, 5, 6, 7, 8, e 9 ove si può vedere in che consiste la malattia che ci occupa, e quali le lesioni svariate che possono produrla.

Riepilogheremo noi dunque la nostra opinione sull'angina laringea edematosa nelle proposizioni seguenti.

Bayle ebbe ragione di distinguere due specie d'angina edematosa, l'una primitiva, e consecutiva l'altra.

Allorchè è primitiva, è quasi costantemente il risultato d'una flussione infiammatoria del laringe o delle parti vicine, e non differisce affatto, *per la sua natura*, da quella ch'è stata descritta da Boerhaave (Afor. 801, e 802).

Quando è consecutiva, val a dire provocata da una lesione organica del laringe o dei suoi annessi, può ella essere infiammatoria od attiva, ovvero non infiammatoria o passiva.

Nel primo caso, l'infiammazione si è propagata dal punto leso sino ai legamenti ariteno-epiglottici o sino alla membrana mucosa laringea.

(1) *Anat. descript.* t. II, pag. 404 — Bichat aveva passato una cordicina nell'epiglottide, ed aveva con questo mezzo tirato tutta la parte superiore del laringe a traverso una ferita fatta alla parte anteriore del collo. L'indomani, trovò l'animale morto. I legamenti ariteno-epiglottici eran la sede d'un *infiltramento seroso*, al quale Bichat attribuisce la morte.

(2) Esortiamo il lettore a leggere attentamente la relazione dell'autopsia e le riflessioni che la seguono.

Nel secondo, la serosità in queste parti, non è dovuta che all'ingorgamento dei liquidi attorno della perdita di sostanza.

In entrambi i casi, l'angina laringea edematosa, avendo per punto di partenza un punto ulcerato, non potrebbe risguardarsi come indipendente dall'infiammazione.

Finalmente, la tisi laringea deve essere considerata, qualunque sia la sua causa, come *l'occasione* la più frequente dell'angina laringea edematosa.

Può produrla : 1. sin dal suo principio, quando le parti che dovranno ulcerarsi in seguito, cominciano ad infiammarsi, ed allora l'ingorgamento, essendo la sola lesione percettibile, può essere risguardato come primitivo; 2. quando, avendo già cagionato in tutto il laringe disordini più o meno considerevoli, produce l'accumulamento dei liquidi in queste parti, ed allora l'angina edematosa è consecutiva.

In quest'ultimo caso, l'ingorgamento prodotto dall'ulcerazione può essere attivo; ed avvien ciò allorquando gli accidenti procedono celeramente, come nell'osservazione prima di Bouillaud, da noi citata sotto il n. 27; o può essere passivo allorchè l'ulcera ha tenuto un andamento cronico, come nella sesta osservazione di Bayle.

Quest'ultima specie d'angina laringea edematosa consecutiva è la più frequente ; quella che abbiamo noi veduto e di cui rapportiamo il maggior numero di esempi.

§ III. *Termine con la guarigione.*—La tisi laringea può finire colla guarigione. Nel suo principio soprattutto e pria che disordini organici considerevoli abbiano profondamente alterato i tessuti i quali entrano nella composizione del laringe e della trachea, può concepirsi maggiore speranza di successo. Quando, in fatti, la malattia è molto avanzata, allorchè avrà diggià debilitato l'economia a motivo d'una dispnea abituale, di una tosse qualche volta intensissima, di una astinenza prolungata, e quando giá si manifestano i segni del marasmo incipiente, resta poca speranza di salvare l'infermo.

Nulla di meno, l'osservazione di Morgagni (1) ci mostra che non bisogna disperare d'ottener un risultato felice per la sola ragione che i disordini locali sarebbero considerevoli ed avrebbero durato lungamente. Trattasi in questa lettera d'un vecchio che aveva varie volte contratto la sifilide, e che soffriva da lungo tempo una dispnea abituale. Trova-

(1) *De sedibus et causis morborum*, ep. 44, art. 15.

ronsi dopo la sua morte delle cicatrici che coprivano la base della lingua. L'epiglottide era stata erosa sopra i suoi bordi, ed aveva pigliato la forma di quella dei cani. Finalmente la superficie interna del laringe, e quella altresì della trachea, offrivano anche delle cicatrici le quali, per la loro forma, attestavano la profondità delle ulcere che avevanle precedute.

Egli è vero però che qui la natura probabilissimamente sifilitica dell'ulcerazioni aveva permesso d'ottenere un successo che sarebbe temerità sperare nei casi ordinarii.

Nel capitolo ove parleremo del trattamento, si rapporteranno osservazioni abbastanza numerose, le quali daranno, meglio che tutto ciò che potremmo dir qui, un'idea di ciò che il medico può temere o sperare secondo la specie, secondo la causa, secondo il grado della malattia.

Passiamo ora alle osservazioni che vengono in appoggio delle proposizioni che abbiamo in questo capitolo sviluppate.

Osservazione XXVII (1).

Infiammazione acuta del laringe e del faringe, angina edematosa di Bayle.— Morte per asfissia il settimo giorno dopo l'invasione della malattia.

Plagne Luisa, d'anni 34, cuciniera, grande, e fortemente costituita, fu trasportata all'ospedale Cochin, il 29 dicembre, verso le sei ore della sera. Ecco il quadro dei sintomi gravissimi ch'ella ci presentò: ortopnea, impossibilità d'aprir la bocca e d'inghiottire, rantolo gutturale, voce rauca, fioca, parola interrotta, sentimento di soffocazione; faccia scolorata, leggermente turchiniccia e tetra, esprimente lo spavento e l'anzietà, occhio abbattuto, livido, e come estinto, risoluzione delle forze, polso piccolo, profondo, mediocremente frequente. Questa donna ci riferì, non senza grandi sforzi, ch'era ella inferma da quattro giorni; che a quest'epoca, dopo d'essersi esposta ad un freddo intensissimo mentre che era in sudore, fu assalita da brividi, da tremori e da un mal di gola dei più violenti, e che, malgrado l'applicazione di cinquanta sanguisughe (in due volte) alla gola e alla parte superiore del petto, la sua malattia aveva sempre progredito. Abbenchè questa infelice ci parve in una posizione disperata, le proponemmo una nuova applicazione

(1) Prima osservazione di Bouillaud.

di sanguisughe: vi si ricusò ella sulle prime, sotto pretesto della sua estrema debolezza, ma finalmente vi aderì. Furon dunque applicate quindici sanguisughe alla parte anteriore del collo, e si prescrisse nel tempo stesso una pozione calmante. Intanto la notte fu assai tempestosa: l'inferma, tormentata dalle angosce d'un'imminente soffocazione, non potè gustare un istante di riposo. L'indomani, 30, la deglutizione era un poco meno difficile. L'inferma *espirava* per così dire, piuttosto che non espettorava, delle materie purulenti mescolate a sangue. Il rantolo era meno forte, il mormorio respiratorio era debole in tutta la parte anteriore del torace, la sola che ci fu possibile esplorare nello stato d'anzietà e d'abbattimento in cui trovavasi l'inferma; l'ortopnea persisteva, il polso era sempre esile e come imbarazzato, la pelle piuttosto fredda che calda; spossata da una lunga e dolorosa veglia, questa infelice cadeva di tempo in tempo in un lungo assopimento dal quale la violenza della dispnea non tardava a trarla; dimandava del vino e del brodo per sostentarsi; ma non le si permise di prendere altra cosa che due giulebbi calmanti ch'ella inghiottì a stento.

A un'ora dopo mezza notte, il suo volto era quasi cadaverico; pallor generale, sentimento d'un calore bruciante coincidente con un raffreddamento notabile della pelle, occhi moribondi, rantolo più strepitoso, soffocazione imminente; polso filiforme e che spesso mancava sotto il dito; intelligenza intera. Il 31, a sette ore del mattino, perdita di conoscenza; pelle coperta di freddo sudore, polso appena sensibile, fugace, agonia, morte dopo pochi minuti.

Autopsia cadaverica trentasei ore dopo la morte.

1. *Abito esteriore.* Cadavere d'una donna robustissima e che conservava molta grassezza.

2. *Organi digestivi e respiratorii.* La membrana mucosa del faringe e quella del laringe presentavano una rossezza vivace ed una bella inghiezione. Questa rossezza arrestavasi bruscamente verso l'esofago, ma si prolungava nella trachea arteria. Nel laringe e dal lato manco, esisteva un'ulcerazione con fondo bigiccio, con bordi rossi rilevati, e del tutto simile a un cancro. L'epiglottide infiammata, era grossa di più di tre linee; lo stesso poteva dirsi dei suoi legamenti. Il tessuto cellulare circonvicino era considerevolmente ispessito, infiltrato ed ingorgato di maniera che la glottide aveva l'apparenza d'un vero forame piuttosto che d'una fessura. La cavità del laringe era ripiena d'una mucosità spumosa e filante: i muscoli intrinseci di questo organo comparivano

sani. Le amiddale eran rosse ed infiammate; la manca era singolarmente tumefatta ed ulcerata, ed infiltrata d'un pus che dava al suo parenchima un colore bigiccio. Tutta la parte anteriore del collo era tumefatta, e il tessuto cellulare interposto tra i muscoli di questa parte era infiltrato d'un pus la di cui quantità cresceva a misura che andavasi più vicino all'osso ioide e al laringe. Il corpo tiroide era molle, e come infiltrato d'un umor vischioso giallognolo. I due polmoni erano generalmente crepitanti, tranne al loro bordo superiore, ove il lor tessuto, compatto, facile a lacerarsi, d'un color rosso-bigio, sparso di pus, era veramente infiammato. La membrana mucosa dei bronchi, piena di mucosità, era inghiettata e d'un rosso vivacissimo: le mucosità stesse erano d'una tinta rugginosa e spumeggianti. Il peritoneo era sparso di granulazioni melaniche, conseguenza forse d'un'antica peritonitide. La membrana mucosa dello stomaco era rossa ed inghiettata, soprattutto verso la regione pilorica, dove osservavansi lunghe ulcerazioni superficiali ed irregolari. La membrana mucosa degl'intestini era sana in tutta la sua estensione.

3. *Organi circolatorii*. Il cuore, robustissimo, ma per altro ben conformato, era coperto d'una gran quantità di grasso. Le sue cavità, l'aorta e le grosse vene erano ripiene di grumi fibrinosi, alcuni bianchi, altri rossi.

Osservazione XXVIII.

Infiammazione acuta del faringe e del laringe, angina edematosa di Bayle.— L'ammalata si oppone all'applicazione delle sanguisughe, e muore soffocata il settimo giorno dopo l'invasione della flemmasia.

Eleonora Lemindre, sartora, di anni 34, d'un temperamento linfatico sanguigno, era entrata all'ospedale Cochin per una malattia del cuore di cui era già convalescente, allorquando, il 23 febbraro 1822, dopo d'aver mangiato più del consueto, fu colpita d'un violento brivido seguito di molti vomiti. L'indomani, 24, la faccia era la sede d'una erisipela, la lingua era rossa, la sete intensa, la pelle calda, il polso frequente (acqua con gomma edulcorata). Il 25 e il 26 l'erisipela estendesi verso il collo e il cuojo capelluto; gli oc-

(1) Seconda osservazione di Boullaud.

chi restano interamente chiusi per la tumefazione delle palpebre. Il 27, i progressi dell'erisipela continuano: dolor vivo alla gola, deglutizione difficile, respirazione stentata, alta e precipitata (si vogliono applicare delle sanguisughe, ma l'ammalata vi si oppone con un' ostinazione invincibile). Il 28, il gonfiamento infiammatorio considerevolissimo della regione anteriore del collo strangola, per così dire, l'inferma: la respirazione, la parola e la deglutizione divengono d'ora in ora più difficili; l'inferma è in preda ad alternative d'agitazione e d'assopimento, e non avendo omai più la forza di tossire nè di sputare, porta di continuo le dita nel fondo della sua bocca, come per togliere l'ostacolo che la impedisce di respirare. L'indomani, 1 marzo, la tumefazione del collo è enorme, la soffocazione imminente, l'afonia quasi assoluta. L'inferma, giustamente spaventata della gravezza dei sintomi che sperimenta, si decide finalmente all' applicazione delle sanguisughe; ma non era più tempo: infatti ella morì in uno stato d'asfissia due ore dopo l'applicazione.

Autopsia cadaverica, ventiquattr'ore dopo la morte.

Grassezza ancora considerabilissima. La membrana mucosa dei bronchi, del laringe e del faringe, era rossa ed infiammata: l' epiglottide e i suoi legamenti erano notabilmente ingrossati. La glottide offrivasi sotto la forma d'un forame strettissimo, ciò che proveniva ad un tempo e dal gonfiamento di tutte le parti circonvicine e dalle mucosità ammassate tra le labbra di questa apertura. Il tessuto cellulare del laringe, quello del collo, della faccia, e soprattutto quello delle palpebre, era gonfio, inghiettato, rosso, edematoso ed infiltrato di pus. I polmoni erano generalmente ben crepitanti e poco ingorgati, salvo che alla loro parte posteriore. La membrana mucosa dello stomaco offriva, particolarmente nella regione pilorica, una rossezza che prolungavasi nel duodeno, nel digiuno e nell'ileo, dove andava a finire con una specie di degradazione. Il grosso intestino era contratto e sano.

Osservazione XXIX (1).

Infiammazione acuta del faringe e del laringe (angina edematosa).—Applicazione tardiva delle sanguisughe.—Morte dopo sei giorni dall'invasione.

Un marmorajo di nome Carlo Garnier, aveva per l'addietro sofferto un gran numero di flussioni di petto; ultimamente, era stato trattato all'ospedale Cochin per dolori reumatici . e sul punto già di sortire perfettamente guarito, cominciò a lagnarsi, nei giorni 10 e 11 novembre 1822, di mal di gola, e ci offrì i sintomi di un'angina che aveva probabilmente per causa l'azione d'una corrente d'aria cui l'ammalato stava esposto. Il giorno 11, la febbre era forte: intanto l'allievo che faceva in quel dì la visita nell'assenza del medico, contentossi di prescrivere un piediluvio senapizzato. Il 12, i sintomi erano gravissimi: l'aria passava con difficoltà a traverso il laringe; l'ammalato, oppresso, respirava colla bocca aperta e con rantolo; la sua parola era imbarazzata, come impiastricciata, ciò che annunziava un gonfiamento considerevole delle amiddale; e però inghiottiva con un'estrema difficoltà (18 sanguisughe alla gola). Nella notte del 13 al 14, l'ammalato fu agitato e delirante, secondo dissero i suoi vicini. Il 14, alla visita della mattina, era assopito; il suo volto era tetro, pallido e livido, le sue labbra scolorate, un pò turchiniccie; respirazione frequente, precipitata, con rantolo simile a quello degli agonizzanti; naso affilato, dilatazione e contrazione alternative delle ali di questo organo, bocca sempre semi-aperta, estremità fredde, polso accelerato, vivo e come convulsivo.

Abbenchè la morte per soffocazione ci parve quasi inevitabile malgrado tutti i mezzi, gli facemmo applicare venticinque sanguisughe alla gola. Questo infelice, le di cui angosce dovevan essere terribili, non conosceva o pareva non conoscere il mortale pericolo del suo stato, ed asseriva di non provar alcuna pena nel respirare.

Alla visita della sera, ci disse che le sanguisughe lo avevano sollevato, e che la sua respirazione non era difficile. Intanto, difficile era all'estremo grado, e sempre accompagnata d'un rantolo gutturale: udivasi un rantolo secco e russante nei due lati del petto; il volto era sempre livido e freddo, il polso piccolo, frequente, esile, il decubito in supinazione,

(1) Terza osservazione di Bouillaud.

la prostrazione a tal segno che l'ammalato non poteva espettorare e neppure sputare; il 15, il suo stato era vieppiù disperato, l'assopimento maggiore (largo vescicatorio alla parte anteriore del collo). La sera, a cinque ore, il rantolo tracheale era più strepitante; l'infermo, il di cui corpo era scoperto e le membra fredde, ci disse, con un sorriso che dava una singolare espressioue al suo volto veramente cadaverico, che andava di meglio in meglio: tutto annunziava però la sua morte vicina. Era egli immobile, il suo polso filiforme; parlava con tale stento che la maggior parte delle sue espressioni erano inintelligibili... Eravamo appena sortiti dalla sala, che ci si venne a dire ch'ei più non era; erano sei ore della sera.

Autopsia cadaverica venti ore dopo la morte. Pelle scolorata, magrezza.

Organi respiratorj e digestivi. La glottide presentava la metà in circa della sua estensione naturale. Il suo ristrignimento era prodotto dal gonfiamento edematoso delle sue labbra, le quali erano enormemente ingrossate: il muscolo aritenoide istesso era sensibilmente infiltrato. Nel luogo che occupano le amiddale, non trovossi che una superficie ulcerata, bigiccia, non restando più di questi organi che la lor parte esterna, la quale era rammollita, infiltrata di sangue e di pus, e quasi simile ad una porzione di cervello rammollito: l'inghiettamento del faringe era del resto appena sensibile.

Il tessuto cellulare che circonda immediatamente le amiddale era rosso e in suppurazione; quello che circonda il faringe e il laringe era edematoso e presentava nel tempo stesso alcune gocce di pus infiltrate nelle sue areole. La membrana mucosa laringea era ricoperta d'un muco purulento; era inghiettata, ma meno rossa che quella della trachea-arteria, dei bronchi e delle loro ramificazioni.

Il polmone manco era crepitante e sano, mentre che il destro, più pesante, era infiltrato, ingorgato di sangue alla sua base e alla sua parte media. Dei tubercoli, alcune aderenze più o meno intime tra le facce contigue della pleura, eran tracce delle antiche flussioni di petto che aveva il soggetto sofferte.

La membrana mucosa dello stomaco presentava una tinta rosea la quale aumentava verso la regione pilorica, dove era ricoperta d'un denso strato di mucosità.

La membrana mucosa degl'intestini gracili non era rossa che nella fine dell'ileo. La superficie interna del cieco era pallida e presentava due tubercoli poco voluminosi. Il colon era sano.

La porzione esterna della membrana fibrosa della milza erasi trasformata in una membrana fibro-cartilaginea di più d'una linea di grossezza.

Organi circolatorj. Il pericardio era ricoperto a destra d'incrostamenti bianchicci, pseudo-membranosi. Il cuore aveva il suo volume ordinario; la sua membrana interna era rossiccia, le sue cavità destre eran distese da grumi di sangue, in gran parte bianchi e simili a false membrane gelatinose: potrebbesi anche dire che cominciavano a formarvisi dei vasi.

Osservazione XXX (1).

Angina laringea edematosa.—Laringotomia.—Morte il quarto giorno dopo l'operazione.— Edema dei legamenti ariteno-epiglottici e delle corde vocali inferiori.—Carie della cricoide.

Il signor Barbe, capitano di cabotaggio, d'anni 45, di temperamento linfatico, sottoposto un tempo a un trattamento mercuriale molto lungo, operato con punzione dell'idrocele ai due testicoli, portante ancora nello scroto due tumori duri, immobili, uno dei quali, voluminosissimo, a destra; verso la fine di settembre aveva avuto un ascesso che si aprì nel fondo della bocca, e se ne vedeva ancora la cicatrice sul pilastro dritto.

Da quest'epoca, dolore abituale nella direzione del laringe e al di sopra dello sterno; voce rauca.

Verso il 10 marzo 1833, fu inultimente applicato un vescicatorio alla nuca. Il 20 marzo, partì da Bordeaux per condurre il suo naviglio a Nantes. All'epoca della sua partenza, il suo mal di gola era più violento, e tale aumento di dolori aveva cominciato verso gennaro. Arrivato con un tempo piovoso all'imboccatura della Loira, sentì crescere i suoi dolori, ed intanto era obbligato di comandare a bordo la menovra. Presentossi, il 26 marzo, al dottor G... di Nantes, accusandogli un dolore profondo alla regione sopra sternale; questo medico non fu in questo primo esame colpito da niun

(1) Estratta dalla tesi inaugurale di O. des Brulais, 11 aprile 1835.

sintomo capace d'allarmare; consigliò sei sanguisughe al collo e dei piediluvj. L'indomani l'infermo fece chiamare il signor G..., il quale trovò la respirazione tranquilla, il polso naturale, la voce sempre rauca e il laringe doloroso; prescrisse sei altre sanguisughe, che fece ricoprir di ventose, ed ordinò un vescicatorio al di sopra della forchetta *(loco dol.)* Finalmente il giorno 28, l'ortopnea, la raucedine della voce e della inspirazione, la soffocazione stessa della voce, e tutti i sintomi d'un edema della glottide si smascherarono, e divennero così inquietanti, che l'ammalato, lontano dalla sua famiglia, quasi isolato in una stanza mobigliata, fu dal suo medico consigliato d'entrare all'Hotel-Dieu, in un gabinetto particolare.

Il 29, a due ore della sera, ci fu presentato. La respirazione era affannosa, rauca, sonora; l'inspirazione difficile, l'espirazione facilissima, eravi soffocazione imminente, afonia o voce quasi estinta; la pelle era umida, il polso piccolo, accelerato; il volto esprimeva il dolore. L'infermo era dotato di coraggio, e vedeva con sangue freddo il suo stato, abbenchè il reputasse come disperato. Le mucose erano scolorate, il colorito giallo, le carni molli, le forme tuttora abbastanza muscolose; le funzioni digestive, salvo una leggiera disfagia, si eseguivano bene; il dietro-bocca e tutta la cavità boccale era pallida. Le amiddale non eran tumefatte; il pilastro posteriore del lato manco solamente pareva rosso ed ingrossato, ma a un piccol grado; il destro offriva la sopranotata cicatrice.

Ipecac. gr. xxx. Gargar. emoll. con miele rosato oncia j, laudano gocce xx.

A sei ore, furon vomitate più libbre d'acqua senza notabile sollievo, l'ortopnea era continua, la pelle umida, il polso accelerato.

A otto ore, gli accidenti faceveno ulteriori progressi; la faccia diveniva per un istante violetta, e cresceva allora la vivacità del polso. La posizione era abitualmente a sedere colla testa rovesciata in dietro, sopratutto nelle inspirazioni.

Senapismi alle braccia e alle gambe; insufflazione nel dietro-bocca di oncia una d'alume.

Questo sale produsse delle nausee, dei movimenti convulsivi di espuizione, un fuggitivo sollievo.

A nove ore, l'ortopnea era più violenta, la soffocazione più imminente. Feci parola davanti l'infermo, ch'era quasi soffocato, del solo mezzo che poteva sottrarlo ad un'asfissia immancabile.

A dieci ore, il signor Barbe mi fece chiamare, e dimandò caldamente la pronta esecuzione della proposta da me fatta e che egli aveva distintamente inteso. Il polso batteva centoventicinque volte, era piccolo, filiforme; il volto bagnato di sudore, le labbra violette; il tronco diritto, teso, il collo rigido; la bocca semi-aperta, la trachea sollevata: tutte le potenze respiratrici in convulsione per produrre alcune inspirazioni corte, rauche, laceranti l'orecchio, lontane, a scosse, incomplete. A dieci ore e mezza, la faccia essendo quasi cianosata e coperta d'un freddo sudore, un'incisione verticale fu fatta sulla linea mediana della cartilagine tiroide, che dallo sporto di questa cartilagine, andava a cadere sopra quella della cricoide, comprendendo in lunghezza un pollice di pelle e di tessuto cellulare sotto-cutaneo; il bordo inferiore della tiroide e il superiore della cricoide trovaronsi messi a nudo da questa prima incisione; essendo i muscoli allontanati per la tensione del collo, spontaneamente gettato in dietro, un secondo colpo di bistorì tagliò il tessuto cellulare che tappezza immediatamente la membrana crico-tiroidea; l'unghio dell'indicatore manco, portato sopra questa membrana, la riconosce, l'esplora, e sopra questo unghio il bistorì, insinuato di piatto, fece premendo, e da manca a destra, un'incisione trasversale, vicinissimo al bordo superiore dell'anello della cricoide. Niuna arteria restò offesa, poco sangue venoso scorse sul principio. Sulla lama del bistorì, tenuta trasversalmente e di piatto, fu introdotto un tubo di penna d'oca, lungo due pollici, tagliato da un capo a becco di flauto, ritondato, e attraversato, alla estremità che deve restare al di fuori, da un doppio filo incerato. Indarno tentossi di riunire le labbra della ferita, nessuno agglutinativo potè attaccarsi sopra una pelle fluttuante, priva di tessuto cellulare, spogliata del suo epidermide dal vescicatorio: la ferita fu dunque semplicemente ricoperta di lingeria asciutta, e bucata per lo passaggio della canula.

Appena fu questa collocata che la raucedine strepitante dell'inspirazioni subito cessò, e l'aria venne profondamente chiamata nei bronchi, con un sollievo immediato; la faccia riprese il suo colorito, il polso la sua pienezza. La prima ora che seguì fu contrassegnata dalla tosse, e da sforzi reiterati di espuizione.

Un poco di sangue colò nella trachea, ciò che argomen-

tossi dagli sputi, e, per ovviare a questo accidente, non ebbi altro mezzo che di portare la bocca sull'apertura della canula ed aspirare il liquido a misura che mi pareva ostruire i bronchi.

Verso undici ore, questa emorragia arrestossi; le potenze inspiratrici parevano adattarsi a questo nuovo modo di respirazione.

Pozione con sciroppo diacodio oncia una, sciroppo di fiori d'arancio oncia una, acqua con gomma once quattro, da prendersi a cucchiai; la deglutizione di questa pozione eseguissi senza difficoltà. Finalmente verso la mezza notte l'ammalato si addormentò.

La respirazione per la via artificiale era in allora tranquilla, simile, per lo strepito, a quella d'un uomo addormentato che respiri per l'apertura nasale.

Verso tre ore della mattina, l'ammalato risvegliossi col corpo umettato, la faccia in sudore, dicendo che il tubo della penna non era più abbastanza largo. Egli articolava a voce bassa appena noi vi portavamo il dito. Ostruivalo, in fatti, del muco addensato dal passaggio dell'aria, e trattenuto dal filo trasversale. Uno stiletto d'argento servì a spazzarlo; la respirazione ritornata libera, l'ammalato s'addormentò di nuovo. Il polso era sempre pieno, niente affatto accelerato; non ebbe più luogo alcun scorrimento di sangue. Appena la respirazione appariva meno libera per qualche istante, bastava, per rimediarvi, di deostruire il tubo. L'infermo la passò così sino al far del giorno senza accesso di dispnea.

30 marzo a sette ore della mattina. La respirazione facevasi perfettamente per l'apertura artificiale; il polso era pieno, poco frequente, la pelle d'un calore e d'un colorito naturali; l'ammalato era allegro; avevan luogo alcuni sputi rossicci che provocavano, prima d'espellersi, una tosse rara. La lingua era pallida, ma non bianca. Lo stetoscopo faceva sentire una respirazione bronchica.

Prescrizione: dieta, salasso dal braccio, pozione con gomma, cristere purgativo, gargarisma con alume gr. XXX, acido idrocl. gocce XV, miele rosato oncia una, acqua distillata once jv.

Nel corso di questa giornata, il gargarisma venne inghiettato di tempo in tempo per mezzo d'una siringa. Il clistere eseguito a due ore provocò due buone purghe. Eravi della tosse, alcuni sputi mucosi uscivano dalla penna e dalla canula.

A quattro ore della sera, si fecero, con un'oncia d'alume porfidizzato, otto o dieci insufflazioni. Si prescrissero ventiquattro pastille di calomelano, d'un grano di mercurio ciascuna, da prendersi di mezza ora in mezza ora. Uscivano molti sputi dal tubo. Se intercettavasi il passaggio dell'aria applicandovi il dito, le inspirazioni si facevanoo per la glottide, ma erano difficili e penose. La deglutizione era libera e facile.

A sei ore. Se turavasi di nuovo il tubo, le inspirazioni non potevano più effettuarsi dalla glottide. Il sangue del salasso della mattina era molto seroso, il grumo piccolo e assai cotennoso. Nuovo salasso dal braccio di dodici once, senapismo alle gambe.

31 marzo, a sei ore della mattina. Erano stati presi, nel corso della notte, dodici grani di colomelano. Il gargarisma venne inghiettato tre volte. Fuvvi calma perfetta, e momenti prolungati di sonno sino a tre ore della mattina; indi, la respirazione cominciò a divenir ansiosa. Il tubo era sgrombro, ed intanto poca aria penetrava nel polmone: sarebbesi detto che vi fosse *uno spasmo placido* dei bronchi. La mano. situata davanti l'apertura artificiale, non sentiva uscire che un soffio debole e poco prolungato.

Il polso erasi abbassato; salasso dal braccio di once otto, sentimento di debolezza; ma la respirazione era ritornata più libera a misura che aveva colato il sangue, ed era più prolungata, più profonda. L'infermo diceva sentirsi più sollevato; il polso rialzossi. Poco appresso, evacuazione alvina di materie un poco verdicce, senza escrezione d'urina. Senapismi ai piedi e alle gamme.

A sette ore, calma, respirazione così debole che il signor Ambr. Laennec, ascoltando, non trova più segni di catarro bronchico; gli sputi eran bianchi, spumosi poco densi, uscivano dal tubo e dalla bocca, ed eravi della tosse. Il tubo era otturato, e l'ammalato respirava un poco per la glottide, ma difficilmente e con istrepito. La lingua era bianca; la deglutizione aveva luogo; ma ciascun cucchiaio di pozione gommosa provocava la tosse, mentre che la deglutizione delle pastille di calomelano, sciolte lentamente nella bocca, facevasi con facilità e senza tosse. Eravi leggiero dolore nell'addome.

Prescrizione: crema di riso, quattro cucchiai, una mela cotta, pozione gommosa con sciroppo d'oppio oncia una, clisteri emollienti con tintura di muschio dramma mezza, insufflazione d'alume, gargarisma con acido idroclorico e miele rosato, continuazione del calomelano.

Nel corso di questa giornata, l' ammalato prese i dodici grani di calomelano che restavano da ieri, e la pozione oppiata, la deglutizione della quale provocò della tosse; fu questa frequente, seguita di sputi bianchi, glutinosi, che si tenevano in massa, ed uscivano dalla bocca e dalla canula; otturando questa dopo l'inspirazione, ed anche senza far ciò, facevasene in parte l'espuizione per la bocca. Fu osservato, che per alcuni momenti, sia che chiudevasi la via artificiale, sia che lasciavasi libera, l' aria penetrava per la via naturale sino al polmone, e che in altri momenti, al contrario, se chiudevasi la prima, la respirazione non aveva più luogo, e sarebbe avvenuta la soffocazione se si fosse continuato a tenerla otturata. Il clistere venne reso due ore dopo che era stato inghiettato. L'alume più volte insufflato non provocò che sole nausee. Furonvi alcuni istanti di sonno tranquillo, ed uno, il più lungo, verso quattr'ore, con sudore. Il polso acceleravasi a quando a quando, ma in generale rimase placido ed abbastanza forte per permettere di far un altro salasso, se lo spasmo ritornasse. Il calomelano fu preso interamente.

A sei ore della sera. Dopo quattro ore e mezza due scariche alvine liquide, verdicce; sudore, polso frequente. Dodici altre tavolette di calomelano, gargarisma con macerazione di chinachina once sei, acido idroclorico gocce XXX, miele rosato oncia una, da inghiettarsi nel corso della notte,

1. Aprile a sette ore della mattina. L'infermo gustò nel corso della notte molte ore di sonno. Prese i dodici grani di calomelano L'addome era poco dolente, non eravi salivazione; la lingua era bianca. Il tubo essendo turato, la respirazione facevasi per la glottide, ma penosamente. Non poteva sperarsi che l'apertura artificiale venisse così presto a chiudersi. La respirazione sentivasi debole coll' ascoltazione in tutti e due i polmoni; eravi del rantolo mucoso nei grossi tronchi bronchici solamente; gli sputi erano meno abbondanti, la tosse più rara. Il vescicatorio, nel di cui centro era stata fatta l'operazione, suppurava ancora.

Prescrizione: crema di riso, limonata citrica, pozione gommosa, sciroppo diacodio oncia una, clistere con papav. ed amido.

A due ore della sera, la respirazione cominciò ad imbarazzarsi, e a divenire spasmodica, debolissima; eranvi dei sussulti nel braccio manco. Salasso di otto once, giulebbe con acqua gommosa once 3, tintura di muschio gocce X,

etere gocce XX. Sotto l'influenza di questa medicazione, la dispnea cessò, e le inspirazioni divennero più profonde.

A sei ore della sera, tendenza al sonno. Gli sputi divennero d'ora in ora meno frequenti.

A dieci ore, assopimento continuo. L'apertura fatta alla membrana crico-tiroidea rimaneva aperta allorchè ritiravasi il tubo della penna.

A undici ore, nuovo accesso di dispnea; la voce era libera, ed intanto l'aria non penetrava nel polmone. Il polso era accelerato, il braccio manco agitato da movimenti convulsivi. Riuscissi a stento a far bere un cucchiaio della pozione con diacodio prescritta la mattina; lo spasmo cessò, ebbe luogo una profonda inspirazione; indi assopimento.

2. aprile, a sei ore della mattina, tuttavia dispnea; spasmo improvviso con agitazione convulsiva ed a scosse delle due braccia. La notte scorse senza altro accidente fuorchè un assopimento comatoso, da cui uop'era trarre l'infermo per dargli da bere e gargarizzarlo. Gli si diedero immediatamente due cucchiai d'una pozione gommosa con etere gocce XX, e tintura di muschio gocce xij. Furon prese appena che lo spasmo cessò di nuovo con una profonda inspirazione: « Eccomi ancora salvo! » disse l'infermo. Senapismi ai piedi, clistere purgativo.

A sette ore, esaltazione morale. Il clistere era stato poco prima reso; nessuno spasmo. L'ammalato voleva cantare per far pruova ch'era meglio; un istante appresso, chiuse gli occhi e parve assopirsi.

A otto ore, delirio, caduta dal letto. Era stata presa tutta la pozione con l'etere e il muschio. Si tolsero i senapismi e si fecero applicare sei sanguisughe ad ogni giugulare.

Prescrizione: dieta, aranciata mezzo bicchiere, gomma con etere gocce venti, tintura di scilla gocce quindici.

L'apertura artificiale restando per se stessa aperta, la canula fu soppressa. L'espettorazione era cessata, il vescicante asciugato; l'infermo per alcuni istanti sembrava assopirsi, ed allora la respirazione o si sospendeva del tutto, o facevasi per una serie di piccole inspirazioni ed espirazioni succedentesi rapidamente e seguite d'un riposo perfetto.

A dieci ore, prostrazione, respirazione così debole che la mano ne sentiva appena il soffio.

A due ore della sera, profonda alterazione dei lineamenti; occhi vitrei, socchiusi, respirazione quasi nulla, a scosse, interrotta; dispnea assoluta, polso quasi insensibile. Morte a quattr'ore della sera.

Autopsia diciotto ore dopo la morte. Carni pallide. I due testicoli erano scirrosi, confusi in un tessuto bianco, omogeneo, che aveva invaso lo scroto, e dove si osservavano dei tubercoli. Il polmone manco era infarcito, con segni di bronchitide. Lo stomaco e gl'intestini, il fegato e la milza non offrivano niente di rimarchevole, e nemmeno i reni e la vescica.

Laringe. Corpo tiroide sano: la mucosa, al di sopra dell'epiglottide, scolorita, senza falsa membrana; osso ioide sano; la membrana tiro-ioidea non offriva nulla di notabile, salvo che nei suoi bordi posteriori incontraronsi due nodi d'ossificazione. Epiglottide pallida, alquanto ingrossata; mucosa e ghiandola epiglottiche allo stato naturale; legamenti epiglotto-aritenoidi gonfi, bianchi, infiltrati d'una sostanza gelatiniforme: trasparente, tremolante, dove non si distinguevano nè infiltramento purulento nè strie vascolari. Questo edema, voluminosissimo a manca, era minore a destra, e dava al legamento manco un'apparenza fusiforme. I legamenti superiori della glottide (corde vocali superiori) bianchi, voluminosi, e d'un tessuto che potrebbe assomigliarsi a quello dei legamenti epiglotto-aritenoidi, se non fosse stato più sodo. Ventricoli del laringe perduti sotto lo sviluppamento dei legamenti inferiori della glottide (corde vocali inferiori); questi, bianchi, duri, stridenti sotto lo scalpello erano ravvicinati l'un contro l'altro, soprattutto in avanti e in dietro; il loro tessuto poteva essere paragonato a quello dei testicoli del soggetto, ma erano senza tubercoli. La mucosa che ricuopre questi diversi organi era bianca, ingrossata. L'alterazione estendevasi sul tessuto cellulare sottomucoso, il quale era ipertrofizzato. Le cartilagini aritenoidi eran sane, ma avviluppate d'un tessuto cellulare duro, ove andava a nascondersi il bordo superiore della cricoide, cariata, siccome ora diremo. La sinoviale dell'articolazione crico- aritenoide manca conservava il suo aspetto naturale, ma quella della destra era nera. La cartilagine tiroide, la membrana crico-tiroidea, trafforata soltanto dall'apertura artificiale, e l'anello della cartilagine cricoide, non offrivano alcuna alterazione, mentre che tutta la parte manca della faccia anteriore dell'articolazione di questa era erosa da una carie nera, fetida; la mucosa vi era distrutta; la sua porzione posteriore, ridotta ad una lamina sottile, e piegata in dietro, era ancora coperta dai muscoli. I muscoli crico-tiroidei erano allo stato normale; i muscoli crico-aritenoidi posteriori

e laterali non parevano alterati nel loro tessuto; ma la loro faccia aderente era annerita, e venivano essi piegati a motivo della forma anomala dell'articolazione. I muscoli tiro-aritenoidi non si rinvenivano più tra la degenerazione omogenea della corda vocale. Il muscolo aritenoide era riconoscibile, ma pallidissimo. Tutto il rimanente del laringe non offriva di notabile che l'aspetto scolorato della mucosa. La laringotomia era stata precisamente eseguita al di sotto delle corde vocali inferiori (1).

« Abbenché questa autopsia avesse mostrato delle tracce di laringitide cronica, spinta sino allo scirro delle corde vocali inferiori, io credo però che l'ammalato il quale portava quest'affezione da lungo tempo, giacchè uno scirro non si sviluppa in così pochi giorni, avrebbe potuto ancora prolungare la sua esistenza, se l'angina laringea edematosa non fosse venuta a complicare il suo stato, per la ragione che le corde vocali, malgrado la loro degenerazione, essendo rimaste d'un tessuto sodo, i muscoli dilatori della glottide potevano ancora allontanarle; per lo contrario, l'edema che esisteva al di sopra, essendo mobile e molle, faceva uffizio di valvola nel passaggio dell'aria, senza poter essere sottoposto all'azione muscolare. Fu dopo il suo sviluppo che l'angina si manifestò. »

Questa osservazione conferma pienamente l'opinione che noi già avanzammo sulla natura dell'angina laringea edematosa consecutiva.

L'ammalato aveva degli accessi di ortopnea, la sua inspirazione era più difficile che l'espirazione: avevasi, con ragione, diagnosticato un gonfiamento ariteno epiglottico, *un edema della glottide*. Se si fosse agito conformemente richiedeva questa diagnosi, e soprattutto se si fosse praticata alla trachea un'apertura sufficiente per mantenere la respirazione, si avrebbe potuto prolungar la vita dell'infermo; ma sventuratamente non si tenne presente ciò che aveva detto Bayle sull'alterazione anatomica, senza che si tenesse presente nel tempo stesso ciò ch'egli aveva detto dei sintomi della malattia. L'infelice ammalato soffriva la sonnolenza che accompagna l'asfissia lenta; andava egli a soffocarsi (atteso che è impossibile di respirar lungamente dall'apertura d'un

(1) Questa osservazione e le alterazioni anatomiche qui rinvenute hanno la più grande analogia coll'istoria del signor di S..., Osserv. n. 1 di quest'opera.

tubo di penna), e in vece d'accusare l'insufficienza del diametro della canula, invocavasi uno *spasmo placido dei bronchi*. In conseguenza, davasi una pozione *antispasmodica*, e l'ammalato avendo detto, dopo d'averla presa, *eccomi ancora salvo!* conchiudevasi che la pozione (etere e muschio) aveva calmato lo *spasmo placido*, senza pensare che il muschio e l'etere sono stimolanti antispasmodici i quali avevan potuto dar all'infermo la forza di respirare per alcuni momenti; e quindi si vide ch'ei fece delle lunghe inspirazioni sospirose, siccome vedonsi fare agli animali cui si renda dell'aria dopo d'averli esposti al voto sotto il recipiente della macchina pneumatica.

Lo stesso spirito di prevenzione ha preseduto all'autopsia: non si vollero in questo *edema della glottide* veder tracce d'infiammazione. Eranvi dei punti rossi ai dintorni dei legamenti ariteno-epiglottici, eravi un indurimento delle corde vocali; eravi una carie della cartilagine cricoide a manca, precisamente dal lato ove esisteva principalmente l'edema; e soprattutto, eravi, da sette mesi un dolor permanente alla gola, e non si volle, a tutti questi segni d'una flemmasia, riconoscere una flemmasia.

A Dio non piaccia che sia nostra intenzione di denigrar la condotta dei medici che han veduto e trattato l'infermo! le nostre osservazioni han solamente per oggetto di mettere in chiara luce le conseguenze funeste d'una falsa spiegazione, e nel tempo stesso di stabilire il carattere infiammatorio dell'angina laringea consecutiva, in generale, e di questa, di cui si è parlato in particolare.

Per noi, il capitano Barbe è morto d'una tisi laringea cronica semplice, la quale determinò l'ingorgamento infiammatorio della membrana mucosa del laringe, e per conseguenza, la morte per asfissia, termine frequentissimo della tisi laringea.

Osservazione XXXI.

Angina laringea cronica.— Soffocazione imminente.— Tracheotomia.—Morte durante l'operazione.—Ulcerazioni del laringe.— Edema e indurimento dei labbri della glottide. —Tubercoli non rammolliti nei polmoni.

Un uomo di 52 anni, portiere, grande della persona, magro, del resto bene costituito, e senza alcuno dei segni ra-

zionali della tisi polmonare, entrò, nel corso di novembre 1834, all'Hotel-Dieu, sala san Bernardo. Ei lagnavasi che, da tredici mesi, la sua voce erasi di grado in grado alterata; e che da sei settimane soprattutto, dopo d'essersi fatta d'ora in ora più rauca, erasi quasi interamente estinta. La respirazione era divenuta difficile, le inspirazioni erano laboriose e sibilanti, l'espirazione richiedeva sforzi diaframmatici; ben tosto ortopnea continua, risvegliamento a soprasalto, deglutizione penosa, indi successivamente disfagia, spinte al punto che l'ammalato non poteva più coricarsi, e con sommo dolore poteva inghiottire poche gocce di brodo.

Il dito introdotto sino all'apertura del laringe, vi appercepiva un gonfiamento notabile; esteriormente, la pressione della regione ioidea era dolorosa; l'ammalato tossiva senza espettorare. La percussione e lo stetoscopo non indicavano alcuna lesione polmonare.

Quest'uomo avendo avuto altra volta la sifilide, si prescrisse un trattamento antivenereo. Durante la sua amministrazione, gli accidenti parvero diminuire alquanto; ma ben presto ricomparvero con un'imminenza d'asfissia talmente prossima, che, come ultima risorsa non restava all'infermo che la tracheotomia.

Da che questo infelice ne fu informato, ci scongiura di non più temporeggiare, « che anderebbe a morir soffocato, se non si procurasse prestamente di farlo respirare. » Noi cedemmo a un desiderio così energicamente espresso, siccome del pari all'urgenza dell'indicazione e disponemmo tutto per l'operazione. L'ammalato venne coraggiosamente a sedersi sopra una sedia a bracciuoli, circondato d'un gran numero d'allievi (1).

Appena il bistorì aveva diviso la pelle, e pria che fosse versata una sola goccia di sangue, l'ammalato ebbe una sincope ed alcuni movimenti convulsivi; ma dopo due minuti ritornò in se: continuossi l'operazione; novella sincope, no-

(1) Commettemmo noi qui un errore gravissimo, atteso che non devesi mai praticare un'operazione d'alta chirurgia senza far coricare l'imfermo. È probabile se non certo, che il nostro infermo non sarebbe morto nell'operazione se noi non avessimo commesso questo primo errore. Ma un errore più grave ancora, fu quello d'aver continuato l'operazione, allorchè, sotto il primo colpo di bistorì era sopravvenuta una sincope ed una convulsione. Noi abbiamo già fatto sessantotto tracheotomie, e non abbiam mai perduto nell'operare che questo solo ammalato.

velle convulsioni ; i movimenti respiratorii cessarono interamente. L'infermo fu prontamente condotto sul letto, dove si fu solleciti d'aprir la trachea. La sincope persisteva ; il sangue delle vene tiroidee colava nelle vie aeree , le quali se ne riempirono senza che veruno sforzo respiratorio fuorchè gli spasmi dissonanti dell'agonia, si manifestasse onde sbarazzarnele. Fu situato il corpo sul lato, per favorire la rigurgitazione ; si aspirò il sangue per mezzo d'una sonda... L'ammalato era morto.

All'autopsia , l'epiglottide fu trovata assai tumefatta ; le labbra della glottide eran la sede di numerose e profonde ulcerazioni e d'un gonfiamento edematoso e scirroso considerevole , l' apertura ch'esse circoscrivevano era annullata. Questa tumefazione , la quale estendevasi ai tessuti vicini , diminuiva notabilissimamente verso la parte inferiore del faringe e superiore dell'esofago. Alcuni tubercoli, non rammolliti, eran disseminati nei due polmoni.

Qui , l'affezione tubercolosa aveva seguito lo sviluppo di quella del laringe. In fatti, i tubercoli, disseminati nei polmoni, erano tutti allo stato crudo, e la comparsa della malattia laringea datava da tredici mesi. L' ammalato era perito soffocato dal gonfiamento infiammatorio delle pareti del laringe, e pria che l'affezione polmonare avesse potuto arrecare questo termine funesto.

Osservazione XXXII (1).

Asma supposto , esistente da lungo tempo. — Morte improvisa. — Ulcerazione della membrana mucosa del laringe e della parte superiore della trachea arteria.— Laringe ostruito da una massa di pus concreto.

« Virgo igitur de qua modo dicebam, annos nata ad qua« draginta, jam diu asthmatica, imminuta insuper voce , a « medicis procul dubio ex pulmonibus laborare credebatur, « cum, acrius asthmate ingruente, de improviso mortua est, « et ab studiosis adolescentibus in Bononiense anatomicum « theatrum illata anno 1704. Ventris viscera nihil quod praeter « naturam esset, habuerunt, si paulo majores testes excipias « duros, albos, prorsus skirrhosos, quibus hydatides aliquot

(1) Morgagni, *de sed. et caus. morb.* , vol. II , lib. 2 , ep. 15, art. 13.

« incumbebant. In thorace autem ipsisque pulmonibus nihil
« omnino vitii; ut jam omnes intra cranium morbi causam
« repertum iri putarent. Sed et ibi recte constituta inventa
« sunt omnia. Mirabantur cuncti qui dissecta ex ordine vi-
« scera diligenter inspexerant; sed multo nos magis qui dis-
« secueramus; cum ego : « Quin laryngem quoque aperimus,
« Valsava? Si forte et imminutae vocis, et asthmatis et mortis
« causa ibi delitesceret? » Cum ille annuisset, quaeri con-
« tinuo inter nondum sepultas partes, et ad me referri laryn-
« gem, jussi. Quam ubi a tergo secundum longitudinem in-
« cisam, diduxi, continuo manifestum fuit quod quaerebamus.
« Pus enim ex albo cinereum, et quasi pultaceum, formatum
« in obturamenti modum, occludebat penitus cavum laryngis
« quod infra glottidem est: eoque loco tunica laryngem con-
« vestiens erat exulcerata, quemadmodum et qua proximos
« annulos aliquot tracheae arteriae operiebat, quanquam hic
« levius.

« Quibus postremo anatomes die in theatro demonstratis,
« satis omnibus factum est. »

Osservazione XXXIII (1).

N..... d'anni 36, di robusta costituzione, cominciò a 32 anni ad esercitare un traffico d'abiti e cenci vecchi. Dopo qualche tempo. sperimentò una piccola tosse secca, accompagnata da dolori nel laringe e da difficoltà di respiro nel salire. Il suono della voce divenne acuto, la tosse con espettorazione di sputi bigicci; brividi generali e fugaci facevansi specialmente risentire dopo ogni pasto.

Tre anni dopo l'invasione della malattia, e sei mesi prima della morte, i sintomi esasperaronsi notabilmente. Il laringe divenne sensibile al tatto, e faceva sentire uno strepito simile a quello della carta riscaldata quando si comprime tra le dita.

Eravi molto dolore nell'interno del petto, del calore alla palma delle mani, e tutti gli altri sintomi della tisi polmonare.

Finalmente, ella morì dopo quattro anni di malattia.

Autopsia. I polmoni erano aderenti alle coste, ed offrivano un gran numero di tubercoli bianchicci miliari; alcuni cominciavano già ad entrare in suppurazione.

(1) Estratta dalla tesi del signor Laignelet.

L'affezione del laringe *era più avanzata;* le sue parti erano più profondamente ulcerate; la cartilagine aritenoide destra era quasi interamente distrutta, e convertita in una materia molle simile a quella che trovasi allo spesso nelle malattie bianche delle articolazioni.

La cartilagine aritenoide manca trovavasi collocata in mezzo a un gran numero di fungosità.

Osservazione XXXIII bis.

Laringitide acuta divenuta cronica.—Tracheotomia.— Guarigione. — Ritorno degli accidenti. — Morte. — Tubercoli succedenti alla laringitide.

Il dottor Bulliard pubblicò nel 1829, sotto il titolo di *Osservazione sopra un crup d'adulto,* l'istoria d'un doganiere al quale fu costretto di praticare la laringo-tracheotomia.

Ecco il riassunto di questa osservazione che fu letta all'Accademia reale di medicina.

Un certo Antonio, d'anni 26, impiegato nella dogana, d'un temperamento sanguigno bilioso, d'un carattere irascibilissimo, e d'una condotta molto irregolare, fu per punizione mandato a Stutzelbronn, paese paludoso e circondato di folte foreste.

Nel 1824, fu egli affetto d'un catarro che lo lasciò molto debole e dimagrato; riprese nulladimeno il suo servizio: il 20 novembre, fu preso d'alterazione della voce, d'una grande oppressione, ed ebbe alcuni accessi d'ortopnea, i quali vennero calmati ben tosto con un leggiero trattamento antiflogistico, e il 2 dicembre alla mattina, non rimaneva che un'alterazione sensibilissima della voce, la quale era divenuta acuta e stridola.

La sera del 2 dicembre, tutti gli accidenti ricomparvero con una novella intensità, e procederono con tale rapidità che l'indomani, 3 dicembre, la soffocazione essendo imminente, il signor Bulliard praticò la laringo-tracheotomia.

Taluni leggieri accidenti, conseguenza dell'operazione e della presenza della canula, la quale era stata introdotta e lasciata a permanenza, si calmarono a poco a poco. La respirazione si stabilì interamente dalla canula; ma subito che se ne turava l'orificio, la respirazione non facevasi a traverso il laringe che colla massima difficoltà.

20 giugno 1825, sei mesi dopo l'operazione, la facilità

respirare era la stessa; allorchè turavasi la canula, la voce diveniva rauca, convulsiva, bassa, poco sostenuta, ed erano necessarii grandi sforzi dalla parte dei muscoli inspiratori. Del resto, lo stato generale era ottimo, e l'ammalato aveva ricuperato della forza e della grassezza.

A quest'epoca si tenne una consulta tra i signori Bulliard, Caillot, decano della facoltà di Strasbourg, Tourdes, Lobstein e Coze. Fu riconosciuto :

1° Che la regione laringea non offriva, all'esterno, nulla di particolare ; 2° Che la difficoltà del passaggio dell'aria, dalla parte superiore delle vie aeree, poteva dipendere dall'ingrossamento della mucosa laringea o da un edema della glottide; finalmente, che la presenza della canula provocava dalla parte dei polmoni *(d' altronde riconosciuti sani)* una secrezione opaca e abbondante.

Si prescrissero delle pillole di calomelano, di solfo dorato d'antimonio e d'estratto di cicuta, e delle frizioni sul collo coll' idriodato di potassa. L' infermo se ne trovò alquanto sollevato.

Il 10 gennaro 1826, rientrò all'ospedale di Bitche; soffriva allora dolori profondi nei polmoni, sudori notturni, diarrea, in somma, tutti i sintomi della tisi all'ultimo grado. Ei ricusò ogni soccorso, e trascinò la sua vita sino al 7 marzo vegnente, nel qual giorno morì: erano scorsi 15 mesi e 4 giorni da che aveva subito l'operazione.

Necropsia. Gl'intestini gracili erano ulcerati in varj punti. Le due pleure erano aderenti alle pareti toraciche. Quella del lato manco conteneva una libra e mezzo circa di serosità. I due polmoni erano epatizzati alla lor base. La loro sommità conteneva un gran numero di tubercoli, molti dei quali erano suppurati.

I ganglj bronchici che circondano la trachea verso la biforcazione, erano molto tumefatti, e passati allo stato melanico.

L'apertura artificiale della trachea era rivestita d'una specie di membrana mucosa, che pareva formata da una trasformazione della pelle.

La glottide era ristretta, e i ventricoli del laringe meno estesi che nello stato naturale. Il laringe non offriva alcuna traccia d'edema nè di produzioni membranose.

Questa osservazione del signor Bulliard è interessantissima. Ma non sapremmo noi, al pari dell'autore, vedervi un esempio di crup d'adulto. I sintomi sperimentati al principio si

riferiscono manifestamente a ciò che dice Boerhaave dell'angina laringea acuta (afor.802).Gli avanzi delle false membrane dall' infermo espettorati non sono con sufficiente precisione descritti perchè si possano con certezza riconoscer per tali; che che ne sia della natura dell' infiammazione, passato il primo attacco, noi vedemmo il laringe in preda ad un' infiammazione che constrinse, verso il quindicesimo giorno, a praticare la tracheotomia. Gli accidenti generali calmaronsi; ma la laringitide passò allo stato cronico. L'ammalato finalmente restò in preda ad una tosse che non potè niuna cosa calmare, e in ultimo morì con un gran numero di tubercoli suppurati nei polmoni, otto mesi dopo che medici di esperienza avevano giudicato che i polmoni non offrivano alcuna lesione organica, e quindici mesi dopo l'invasione dell'infiamazione laringea. Questo fatto e il precedente uniti a quello rapportato più alto (osserv. 18) sono una novella prova in favore di coloro i quali risguardano la tisi laringea siccome un'affezione che può precedere, se non cagionare la tisi polmonare.

CAPITOLO VII.

TRATTAMENTO

Ciò che dicemmo intorno alle poche notizie che gli antichi avevano delle malattie croniche del laringe, fa agevolmente prevedere che indarno cercherebbersi nei loro scritti i mezzi di combattere queste terribili affezioni.

Tutto ciò che trovasi in essi relativamente alle malattie della parte superiore dell' albero aereo si riferisce alle angine laringee acute di cui conoscevano l'estrema gravezza.

Non faremmo noi dunque alcuna menzione di questi mezzi curativi, se la maggior parte di essi non potessero con grandissimo successo esser opposti alle malattie croniche del laringe. Nel corso di questo capitolo li faremo conoscere a misura che se ne presenterà l'occasione.

Nel trattamento di una malattia qualunque, l'attenzione del medico deve dirigersi con eguale premura tanto sui mezzi da opporre ai primi sintomi, che sopra quelli che si dovranno mettere in uso allorchè gli accidenti saranno pervenuti al loro ultimo periodo.

Or, siccome la tisi laringea comincia, nel maggior numero dei casi, con un' affezione leggiera del laringe la quale

passa in seguito allo stato cronico, a combattere quest'affezione ancor poco grave sarà d'uopo applicarsi, e, in generale, i mezzi adibiti in un semplice catarro basteranno, atteso che, in fine, non trattasi ancora che d'un semplice catarro.

Ma quando l'infiammazione, lungi di cedere ai primi mezzi, sembri prendere ogni giorno una novella intensità, quando la raucedine e l'afonia persistono, e la tosse piglia i caratteri che abbiamo indicati parlando dei sintomi, è necessario allora ricorrere ad energiche medicazioni sulle quali è d'uopo di trattenerci alquanto.

Riposo dell'organo. La condizione la più indispensabile della riuscita del trattamento delle malattie del laringe, è il riposo dell'organo. È chiaro che la glottide, continuamente in moto nell'atto della fonazione, e scossa perennemente dalla vibrazione dell'aria che l'attraversa, non potrebbe che difficilmente guarire se non si condannasse il laringe alla più perfetta inazione.

Gli ammalati dovranno parlare a voce bassa (1), od anche contentarsi di scrivere sopra una lavagna. Tuttavia la esperienza ci ha provato che il parlare a voce bassa non avrebbe alcun inconveniente, purchè però gli ammalati non facessero grandi sforzi per rendere questa voce più intelligibile a coloro che li ascoltano.

I medici che hanno avuto frequente occasione di trattare le malattie del laringe, sanno quanto questa condizione sia difficile ad ottenersi. Pochi son gli ammalati la di cui posizione sociale è tale che possano condannarsi al silenzio per molti mesi di seguito.

Non pertanto, bisogna dire che, malgrado l'infrazione della regola igienica sulla quale abbiamo ora insistito, non sarà impossibile d'esser guarito d'una malattia anche grave del laringe; numerosi fatti che rapporteremo in appresso ne saranno la prova evidente.

Antiflogistici. I salassi e gli emollienti sono, forse senza ragione, annoverati tra i mezzi i più potenti per combattere la tisi laringea incipiente. Torna difficilissimo il dire perchè il tale o il tal altro modo d'emissione sanguigna prevale sopra un altro: ma, nel caso che ci occupa, i fatti ci hanno in-

(1) Per *voce bassa*, intendiamo la voce non intonata, e per conseguenza *insonora*, se è permesso di servirsi di questa espressione di cui noi stessi riconosciamo l'inesattezza.

segnato, che il salasso dal braccio dia in generale risultati più favorevoli che l'applicazione delle sanguisughe verso la sede del male, salvo che però non sieno esse poste in gran numero. L'applicazione delle ventose scarificate alla nuca è anche un utile mezzo; pure vien dopo i due altri.

Motivi particolari dovranno far preferire al medico un modo speciale d'emissione sanguigna; così, amerà egli meglio di mettere ora le sanguisughe alle cosce, se la malattia del laringe coincida colla soppressione o diminuzione del flusso mestruo; ora all'ano, se sienvi state dell'emorroidi la di cui soppressione abbia coinciso colla flussione infiammatoria del laringe : appartiene al pratico di mettere in opera queste indicazioni, e mille altre, che noi qui ci astenghiamo d'accennare, perchè non applicansi esclusivamente alla tisi laringea semplice, ma a qualunque altra flemmasia cronica.

In quanto all'uso degli emollienti, deve esser fatto con una certa misura. Potranno consigliarsi all'interno senza alcun inconveniente; ma l'applicazione esterna dei cataplasmi caldi, consigliata da quasi tutti i medici, produce qualche volta un effetto del tutto opposto a quello che se ne aspetta; provoca cioè verso la gola una flussione sanguigna considerevole, e gli accidenti, lungi di calmarsi, subiscono al contrario un notabile peggioramento.

Rivulsivi. I rivulsivi esercitano, nella tisi laringea, un'influenza un poco più importante che l'emissioni sanguigne; queste non sono che temporanee; gli altri all'incontro sono di tutti i momenti, e la loro azione deve sempre esser continuata per lungo tempo. Ecco la ragione che ci fa riguardare i vescicatorii volanti come del tutto inutili, salvo che non trattisi di rimediare ad un accidente impreveduto e in qualche modo acuto. I vescicatorii a permanenza collocati alla parte anteriore del collo, cagionano una molestia talmente dolorosa che tutti gl'infermi ai quali li avevamo consigliati sono stati costretti di rinunziarvi. Negli uomini soprattutto, la barba faceva realmente un ostacolo contro il quale riusciva difficile di lottare. Alla parte posteriore dunque, alla nuca, facciamo noi mettere per ordinario un vescicatorio a permanenza. Ma se l'infermo consente al setone, preferiamo sempre quest'ultimo mezzo, il quale è meno doloroso, meno irritante, meno difficile a medicare.

Il setone, collocato al davanti del laringe e presso che a livello dello spazio crico-tiroideo, ha prodotto qualche volta

effetti felicissimi, in alcuni dei casi in cui quello della nuca non era stato che un male aggiunto a un altro male.

Ma i rivulsivi cui meno ripugnano gl' infermi, e che per conseguenza il più comunemente noi adibiamo senza trarne però ottimi effetti, sono le frizioni colla pomata stibiata e l'escarificazione del derme per mezzo della potassa caustica. Le frizioni stibiate devono continuarsi per alcuni giorni di seguito, e non debbonsi tralasciare al momento in cui cominciano a far nascere delle pustole; bisogna all'incontro insistere per uno o due giorni, sino a che l'eruzione stibiata divenghi confluente. Allorchè poi le croste cominciano a cadere, uop'é ritornare allo stesso mezzo, e così due volte al mese per tutto il tempo che dura la tisi laringea.

La potassa caustica è da noi per ordinario prescritta nella maniera seguente: applichiamo ogni otto giorni, or sull'uno or sull'altro lato del laringe e della trachea, un piccolo pezzo di potassa caustica. Con questo mezzo si ottengono nel tempo stesso cinque o sei cauterii in suppurazione senza che sia necessario per mantenerli in tale stato di applicarvi dei piselli.

In quanto ai rivulsivi applicati lungi del luogo morboso, val a dire al braccio o alla gamba, vi abbiamo anche minor confidenza che ai rivulsivi applicati vicino all'organo affetto.

Stupefacienti. Il dolore, abbenchè cagionato allo spesso dall' afflusso infiammatorio dei liquidi, può divenire a sua volta cagione dell'infiammazione, od almeno della congestione, siccome vien provato da un gran numero di fatti. Non è dunque senza importanza di calmar questo dolore, e l'uso degli stupefacienti all'esterno e internamente soddisfa bene a tale indicazione. Questi mezzi devono anche considerarsi sotto un altro rapporto; come idonei cioè a calmare la tosse, e si sa quale sinistra influenza possono avere le scosse di tosse allorchè esiste una malattia infiammatoria od ulcerazioni nel laringe. Applicati esternamente, bastano quasi sempre per calmare i dolori locali.

Tra questi mezzi, i più potenti sono l' estratto di datura stramonium, l' estratto di bella donna, di azione analoga ma soltanto un pò meno potente, finalmente i sali di morfina, che devono sempre applicarsi sulla pelle spogliata del suo epidermide.

Il signor Bennati è quello che ha più particolarmente preconizzato l'uso topico degli stupefacienti.

Faceva egli fare più volte al giorno delle frizioni sulla parte anteriore del collo con estratto di belladonna. Questa medicazione, evidentemente utile, quando havvi del dolore ed allorchè la malattia è al suo principio, non ha l'importanza che il suo autore le accordava, quando la tisi laringea è confermata, e non esiste dolor locale.

Il signor Cruveilhier ha consigliato, nello stesso caso, e per adempiere alla stessa indicazione, di far fumare all'infermo o delle foglie di datura stramonium, o delle foglie di belladonna, bollite in una soluzione d'oppio e convenevolmente seccate. Non può negarsi che questo mezzo calma la tosse nel maggior numero dei casi, e può per conseguenza concorrere alla guarigione.

Ma eccoci ora a un altro ordine di mezzi molto più efficaci e ben altrimenti utili.

Medicazione topica. Allorchè un'infiammazione, semplice od ulcerosa sia divenuta cronica, e non occupi nell'economia che un punto limitatissimo, è indubitato ch'essa resiste quasi sempre ai trattamenti generali anche i meglio intesi. Il trattamento topico, al contrario, val a dire quello che consiste nell'applicazione diretta dei medicamenti sulla parte lesa, la modifica quasi sempre, qualunque sia per altro il medicamento adibito. Così le ulcere le più ribelli della gola, della bocca, del naso, degli occhi, della pelle, della vagina, dell'utero, del retto ec. ec., sono più o meno felicemente modificate dai topici che possono applicarsi alla lor superficie. Questi topici sono ora emollienti, ora detersivi, ora irritanti; distruggono qualchevolta la superficie della lesione organica. Sono, gli uni sotto forma di vapori, gli altri sotto forma polverulenta: questi sono liquidi, quelli gassosi, alcuni altri solidi.

Se si chiedesse ora la ragione della difficoltà che noi incontriamo a guarire le lesioni locali per le quali la disposizione anatomica delle parti interdice l'uso della medicazione topica, e, per contrario, della facilità estrema con cui possiamo in generale modificare le malattie esterne, avrebbesi fondamento a credere che la differenza dipende unicamente da ciò che l'une sono inaccessibili, l'altre al contrario accessibili ai nostri medicamenti.

Pensammo noi dunque che se le malattie del laringe sono in generale così gravi e così difficili a guarire, avviene ciò perchè esse trovansi collocate nella prima delle categorie di cui venghiam di parlare.

Se dunque trovassimo il mezzo di far per il laringe ciò che si è fatto, per esempio, per il canale dell'uretra, val à dire il mezzo di conquistare alla medicazione topica quest'organo importante, apriremmo novelle vie alla terapeutica dell'affezioni laringee e renderemmo curabili delle malattie che prima di noi non lo erano.

Noi non ci dissimulavamo tutte le difficoltà, che l'importanza funzionale del laringe ci opponeva; ma siamo noi riusciti ad accomodare le nostre medicazioni all'esercizio della respirazione, ed abbiam posto in uso alcuni mezzi nuovi, ed ottenuto risultamenti sui quali chiamiamo ora l'attenzione dei pratici.

Il problema da sciogliere era il seguente: « Trovare i « mezzi di mettere in contatto colla membrana mucosa del « laringe, dei medicamenti sotto forma di vapor secco, umido, « forma liquida, sotto forma polverulenta, senza mettere o- « sotto stacolo alla respirazione. » Ci lusinghiamo di aver noi sciolto questo problema.

Inspirazioni di vapori secchi o umidi. Era gran tempo che i medici consigliavano delle fumigazioni agl'infermi attaccati di tisi laringea o di qualunque altra affezione degli organi respiratorii. Queste fumigazioni erano di diversa natura. Facevasi il più sovente respirare il vapor d'acqua, o pura, o carica di sostanze emollienti, balsamiche, aromatiche, ec.; erano qualche volta dei vapor secchi: come il fumo di catrame, di resina, di giusquiamo, di tabacco, di papavero. Che in vece d'un vaso da tè, che in vece d'un vaso ordinario, siensi inventati degli apparecchi siccome quelli di Cottereau, Gannal o Richard, o come il nostro, non è ciò d'una grande importanza, e confessiamo francamente che sia almeno egualmente comodo di fare una fumigazione polmonare con un vaso ordinario, o cogli apparecchi complicati dei quali si disputano l'invenzione.

Le fumigazioni umide possono anche caricarsi di principii volatili, come il cloro, l'iodio, l'acido idro-solforico, gli olii essenziali diversi i quali non sono, certamente, senza azione sulla membrana mucosa delle vie aeree, siccome l'esperienze di Gannal, Cottereau, Richard e le nostre hanno dimostrato.

Abbiamo ancora fatto inspirare ai nostri ammalati delle fumigazioni di cinabro, d'acido solforoso, ec. ec., con risultati variabilissimi.

Ma le fumigazioni, di qualunque natura esse siano, hanno il grave inconveniente di non dirigersi solamente al laringe,

e di trovarsi in contatto colla membrana mucosa polmonare che possono vivamente irritare; è impossibile di limitare la loro azione all'organo ammalato, ed ecco il motivo per cui noi vi rinunciamo. Quindi, oggi, non adoperiamo che i vapori emollienti, aromatici, balsamici, e stupefacienti, e quelli i quali, siccome questi tre ultimi, non possono esercitare alcuna sinistra influenza sul polmone.

Medicamenti liquidi. È molto più facile di portare, sotto forma liquida, un medicamento sulla membrana mucosa del laringe senza pericolo d'irritar la trachea e i bronchi.

I liquidi dei quali ci serviamo sono di diversa natura, o irritanti, o semplicemente astringenti.

I liquidi irritanti sono le soluzioni di nitrato d'argento, di sublimato, di solfato di rame, di nitrato acido di mercurio; ma quello che noi preferiamo è il nitrato d'argento a motivo della sua sperimentata efficacia nel trattamento di quasi tutte le malattie esterne.

La soluzione di cui facciamo uso è più o meno concentrata; mettiamo ora un grosso di nitrato d'argento per due grossi d'acqua distillata; ora una proporzione minore di metà.

Per portare il caustico nel laringe adoperiamo diversi mezzi:

Allorchè trattasi di cauterizzare soltanto la parte superiore del laringe e l'epiglottide, ci serviamo, come porta-caustico, d'uno stelo di carta avvoltolata abbastanza fermo, che ricurviamo alla sua estremità: s'impregna questa estremità della soluzione caustica in modo da ritenerne almeno una goccia; si fa aprire largamente la bocca dell'infermo; con un cucchiaio fortemente ricurvo, si abbassa la lingua, portandola nel tempo stesso un poco in avanti. S'introduce allora il piccolo stelo, e, tosto che la sua estremità avrà oltrepassato l'epiglottide, si fa eseguire allo stromento un movimento di bilico che lo fa entrare nella parte superiore del laringe. Una balena ricurva ed armata d'un piccolo pezzo di spugna, adempirebbe, come ognun vede, lo stesso scopo e sarebbe anzi più idonea perchè meno flessibile che lo stelo di carta.

Allorchè vogliamo cauterizzar ad un tempo il faringe, la base della lingua e l'apertura del laringe, prendiamo una balena d'una linea e mezzo di diametro, e la scegliamo di questo diametro affinchè non si pieghi con soverchia facilità. La facciamo riscaldare alla fiamma d'una candela, presso

che ad un pollice della sua estremità, e, quando essa sia abbastanza rammollita, la ricurviamo in modo da formare un angolo d'ottanta gradi. Allora pratichiamo, all'estremità del fusto di balena, un' intaccatura circolare e profonda, e vi attacchiamo fermamente una piccola spugna di forma sferica e di sei linee di diametro; inzuppiamo interamente la spugna d'una soluzione di nitrato di argento: ciò fatto, facciamo aprire largamente la bocca dell' infermo, abbassiamo la lingua col manico d'un cucchiaio ed introduciamo il porta-caustico. Tosto che abbiasi oltrepassato l'istmo della gola, si fa operare un movimento di deglutizione, per portare in alto il laringe. Cogliamo questo momento per ricondurre in avanti la spugna, la quale, nel primo tempo dell'operazione, era stata introdotta sino all'apertura dell'esofago. Con questa manovra, si ritorna sull'ingresso del laringe, rialzando l'epiglottide, ed è facile allora, calcando un poco, di spremere la soluzione caustica nel laringe; le convulsioni della tosse, che in questo momento soffre l'infermo, favoriranno l'introduzione del nitrato d'argento. Oltre la tosse, la quale è intensissima, questa operazione suole allo spesso provocar anche dei vomiti.

Questo processo, senza essere doloroso, è molestissimo, e molti ammalati ricusano di sottomettervisi una seconda volta; noi allora adibiamo il seguente, il quale è del pari efficace, ma assai meno spiacevole.

L' apparecchio consiste in una piccola siringa d' argento, simile a quella d'Anel, il di cui sifone abbia cinque pollici di lunghezza e sia molto ricurvo alla sua estremità. È necessario che l' apertura del sifone abbia almeno un quarto di linea di diametro. Mettesi nella siringa un quarto e mezzo della sua capacità di soluzione caustica, e si lascia lo stantuffo sollevato come se la siringa fosse piena. In questa maniera, havvi nella siringa un quarto solamente di soluzione di nitrato d'argento e tre quarti d' aria. Questa mescolanza è indispensabile affinchè si possa, spingendo rapidamente lo stantuffo,produrre uno spruzzamento fino e non già un getto pieno.

L'ammalato vien disposto come nell'operazione precedente, e, quando la estremità del sifone ha oltrepassato l'epiglottide, si spinge il liquido, che s'introduce contemporaneamente nel laringe e nella parte superiore dell' esofago.

Al momento stesso, l' ammalato soffre una tosse convulsiva e delle rigurgitazioni, per di cui mezzo si sbarazza di tutta la soluzione che non si è combinata coi tessuti.

Si faranno allora bere all' infermo alcuni sorsi d' una limonata idroclorica, o semplicemente d'acqua salata, ad oggetto di decomporre quel poco di soluzione, che rimasta nell'esofago, potrebbe essere inghiottita.

Si procederà della stessa maniera, allorchè rimpiazzerassi il nitrato di argento con un'altra sostanza.

Chi non ha da se praticato o veduto praticar qualche volta queste cauterizzazioni, non potrà farsi un' idea della loro innocuità, e diremo di più, del poco dolore che ne risulta. La cauterizzazione si presenta quasi a tutti qual mostro, ed è, in vero, molto dolorosa alla pelle o sulle parti delle membrane mucose, che ne formano il limite; ma questa cauterizzazione è appena sentita al faringe, al laringe o al collo dell'utero. Non bisogna confondere, in fatti, la sensibilità organica del laringe che sveglia simpaticamente la tosse, colla sensibilità animale, la quale è estremamente ottusa.

Rapporteremo ora alcune osservazioni, che dimostreranno l'estrema utilità delle cauterizzazioni del laringe nel primo periodo della tisi laringea; cominceremo dai fatti più semplici, e termineremo colle malattie le più gravi.

Osservazione XXXIV.

Laringitide cronica leggiera.—Afonia sopravvenuta gradatamente in una donzella nata da parenti tubercolosi.—Cauterizzazione della parte superiore del laringe.—Guarigione rapida.

Madamigella Eloisa G..., di Bapaume (Pas-de-Calais), era la più giovane figlia d'una madre morta tisica. Era essa venuta in pensione a Parigi, all' età di tredici anni.

La sua infanzia fu difficile; ma non isputò mai sangue, e non fu, più che le sue compagne, soggetta ad infreddarsi. Poco dopo il suo arrivo a Parigi, soffrì, quasi ogni mese, un eritema alla faccia, che durava per due o tre giorni, ed era accompagnato da febbre. Attribuimmo questo fenomeno periodico alla imminenza della mestruazione, e ci contentammo di chiamare il sangue verso l' utero coi mezzi comunemente consigliati in simil caso. Le regole comparvero in fatti all' età di quattordici anni.

Da questo momento, non manifestossi che una volta una

congestione verso la faccia, simulante un' erispela, e che durò solamente due giorni. Il seguente mese le regole non comparvero; ma un raffreddore che durava già da tre mesi, si aggravò un poco; la voce divenne rauca, indi si estinse del tutto. La famiglia ne fu molto allarmata; gli antecedenti ereditarj della nostra giovane inferma davano infatti molto a dubitare. Esaminammo il petto colla più scrupolosa attenzione, senza che vi scorgessimmo segni di tubercoli in nessun punto; il laringe era indolente, rosso il faringe e alquanto doloroso.

Gli antiflogistici e gli emollienti furono nel principio adibiti, poi i gargarismi alluminosi, e lo sciroppo d' erisimo: tutto fu indarno.

Non esistendo più dolore, risolvemmo di portare al fondo della gola, all'ingresso del laringe, una soluzione di nitrato d' argento (quindici grani per due grossi d'acqua distillata.) Questi toccamenti eran praticati per mezzo d' un piccolo stelo di carta e secondo il metodo da noi sopra indicato. Sul principio li facemmo ogni due giorni, poi due volte la settimana. Dopo la seconda applicazione del cateretico, fuvvi per un giorno possibilità di produrre alcuni suoni rauchi; dopo la terza applicazione, l' afonia cessò, ma la voce rimase ancora velatissima; finalmente non riprese il suo tuono naturale che dopo l' ottava cauterizzazione, e d' allora in poi la guarigione fu solida.

Osservazione XXXV.

Laringitide cronica poco grave.—Anfonia dichiaratasi subitamente e che durava da tre mesi.—Cauterizzazione della gola.—Guarigione il quarto giorno.

Enrichetta Maillet, d'anni venti, fu ricevuta, il 20 agosto 1831, nella sala Saint-Paul dell' Hotel-Dieu di Parigi. Ella era stata regolata a diciassette anni, e il flusso mestruo era sempre stato irregolare e poco abbondante. Nel 1830, ebbe una flusione di petto di cui fu guarita felicemente. I polmoni ed il cuore erano nel migliore stato; l' inferma non aveva avuto mai emottisi, nè alcun sintomo d'isteria.

L' affezione per la quale reclamava le nostre cure durava da tre mesi. Alla fine di Maggio, Enrichetta, avente le sue regole dalla mattina, andò a divertirsi in campagna

e si raffreddò; la sera andò a letto con un mal di gola e del malessere; passò nulla di meno benissimo la notte; ma, la mattina, al risvegliarsi, le sue regole eransi soppresse e trovossi interamente afona. Sin d'allora, malgrado qualunque trattamento, l'afonia non erasi dissipata, e questa donzella, per qualunque sforzo facesse, non poteva far sentire altri suoni fuorchè quelli che articola una persona la quale parli a voce bassa.

Alquanti giorni dopo l'apparizione della malattia era stato chiamato un medico: si fece un primo salasso, poi un secondo senza alcun risultato. Due mesi più tardi, le regole non essendo tornate, si applicarono delle sanguisughe alla parte.

L'afonia non fu in nulla modificata da questa medicazione, abbenchè la mestruazione fosse ricomparsa sotto la sua influenza. Il laringe intanto non era doloroso, non eravi nè tosse nè febbre, e fu deciso d'applicarsi un largo vesciatorio sulla parte anteriore del collo. La suppurazione fu sostenuta per qualche tempo; ma questo tentativo riuscì vano del pari, e fu allora che Enrichetta Maillet si decise ad entrare all'Hobtel-Dieu. Pochi giorni innanzi, le regole erano ricomparse giusto all'epoca in cui dovevano venire, e ciò non pertanto il suo stato non migliorò.

Pensammo che la sincope produrrebbe forse un felice risultamento, siccome si è qualchevolta veduto in casi d'afonia isterica; e a questo scopo, per determinar la lipotimia, facemmo salassare l' inferma seduta sopra una sedia. La sincope ebbe luogo, ma senza alcun vantaggio; si osservò solamente che ella mandò un grido acuto al momento in cui la lancetta divise i tegumenti.

Aspettammo per due giorni l' effetto di questo salasso, il quale fu del pari inefficace siccome gli altri ch' erano stati praticati in città, e come l' applicazione delle sanghisughe fatta qualche tempo innanzi.

Ci venne l' idea d'applicare dei rubefacienti sulla pelle del collo, e vi eravamo tanto più inclinati, in quanto che conoscevamo un caso di guarigione prodotta dall' applicazione d' un senapismo al davanti del laringe. (Questo fatto curioso appartiene al dottor Toirac, il quale guarì con questo mezzo uno spazzino il quale era afono, ma da quindici giorni solamente.) Tuttavia ce ne astenemmo per l' idea che diggià l' applicazione d' un vescicante non aveva prodotto niun vantaggio. Ci parve adunque che una medicazione topica doveva essere a preferenza d' ogni altra tentata, e risolvemmo

di cauterizzare il faringe e la parte superiore del laringe.

Questa operazione durò appena un quarto di minuto; ritirammo la spugna e sopravvennero immediatamente vomiturizioni, tosse, sputacchiamenti. Dopo due o tre minuti, tutti questi fenomeni cessarono, non rimanendo che gli sputacchiamenti e la tosse. L'ammalata non risentiva alla gola alcun dolore vivo; lagnavasi soltanto di un gusto spiacevolissimo.

Alla visita dell'indomani, non trovammo alcun cangiamento; ella soffriva un poco all'inghiottire.

Quarantotto ore dopo la cauterizzazione, l'afonia erasi in parte dissipata; l'inferma aveva pria della visita parlato con alcune della sue vicine con sufficiente chiarezza di voce. Allorchè noi l'interrogammo, ci rispose che andava meglio, e pronunziò molte frasi con una voce rauca, ma distintamente e in guisa da essere intesa a una distanza di due o tre passi; indi ritornò afona, e quando faceva grandi sforzi, sentivasi soltanto un sibilo nel laringe: nel fondo della gola ella risentiva un leggiero dolore.

Raccomandammo all'inferma il silenzio il più assoluto, e nel tempo stesso prescrivemmo una bevanda emolliente, avvertendola di beverla spesso e a piccoli sorsi.

L'indomani mattina, terzo giorno della cauterizzazione, la voce era molto meno chiara che il giorno precedente. La sera, l'inferma potè produrre alcuni suoni abbastanza chiari.

Il quarto giorno, parlò con facilità, l'afonia erasi del tutto dileguata: la voce era solamente un poco velata, e ci accorgemmo che di tempo in tempo il laringe ostruivasi di muccosità di cui l'inferma si sbarazzava tossendo.

Il quinto giorno, la voce era più netta e più sonora; il dolore cagionato dalla cauterizzazione facevasi ancora sentire al livello del laringe; ma era sopportabilissimo e non impediva l'inferma di mangiar del pane e degli alimenti solidi. Finalmente, la voce riprese rapidamente il tuono che aveva prima dell'invasione della malattia, ed Enrichetta Maillet sortì perfettamente guarita, il 10 settembre 1831, non soffrendo altro che un lievissimo dolore al punto corrispondente alla parte superiore del laringe. Da questa epoca la guarigione fu durevole.

Osservazione XXXVI.

Laringitide cronica che durava da tre mesi, accompagnata d' afonia dichiaratasi subitamente nel corso d' un catarro acuto.—Cauterizzazione della gola.—Guarigione il terzo giorno.

Una donna di trentasette anni entrò all' Hotel-Dieu di Parigi, per esservi curata d' un' afonia la quale durava già da tre mesi. L' inferma, poco tempo innanzi, aveva sofferto un catarro acuto, appena febbrile. Dopo quindici giorni di queste catarro, la voce erasi subitamente estinta, e non era, d' allora in poi, più ritornata, abbenchè il catarro si fosse intieramente dissipato. Noi esplorammo il petto colla massima diligenza, e non trovanno nulla che annunziasse una lesione polmonare. Il laringe non era nè gonfio, nè doloso; le amiddale non presentavano niente d'anormale; regolare era la mestruazione. Noi facemmo immediatamente una cauterizzazione; sin dal primo giorno, ebbe luogo un miglioramento, e dopo tre giorni la voce era già ritornata. Questa inferma restò ancora per qualche tempo all'ospedale senza soffrire alcuna ricaduta.

Osservazione XXXVII.

Laringitide cronica che durava da più anni.—Afonia manifestatasi lentamente nel corso d'un catarro cronico.—Cauterizzazione della gola.—Guarigione dopo un mese di trattamento.

L' ammalata che fa il soggetto di questa osservazione era all'età di 43 anni. Andava da lungo tempo soggetta ad un catarro bronchico che ritornava in tutti gl' inverni, e prolungavasi sino ai primi calori della primavera. Questa donna era mercante al Tempio e stava costantemente esposta all'ingiurie dell' aria sotto un tavolato che le serviva di bottega; era, inoltre, ad ogni istante costretta a parlar ad alta voce, qualunque fosse per altro lo stato di sua salute. Il tuono della sua voce erasi insensibilmente alterato, e da molti anni aveva una voce rantolosa. Finalmente, verso il mese di marzo, in seguito d' un catarro che durava da più mesi, divenne intieramente afona. Sulle prime s' inquietò ella po-

chissimo di questo accidente; ma vedendo che l' estinzione della voce persisteva, ricorse ai consigli di molti medici, i quali tutti si limitarono a indicare l' emissioni sanguigne e le medicazioni rivulsive. Stanca, finalmente, de' trattamenti infruttuosi che aveva adoperati, si decise ad entrare nella casa reale di sanità. Il professore Dumeril c' invitò di andarla a vedere: aveva già egli fatto applicare, sulla regione anteriore del collo, un largo vescicatorio, ed aveva nel tempo stesso prescritto un regime addolcente

Lo stato dell' inferma, quando noi la vedemmo, era il seguente: il volto, il contegno, indicavano una sanità perfetta. Le funzioni degli organi encefalici e addominali eseguivansi con tutta la facilità. Non eravi affatto febbre; il petto risuonava bene in tutta la sua estensione. Eravi della tosse ed un' espettorazione mucosa abbondantissima; non esisteva nulla per altro che potesse far sospettare una tisi tubercolosa. Nei movimenti di deglutizione, risentiva dello impaccio piuttosto che del dolore nella regione del laringe. Allorchè l' inferma faceva grandi sforzi per parlare, la sua voce rassomigliava a quella d'una persona che parli basso; ma tosto che animavasi e voleva ad ogni costo produrre qualche suono vocale, udivansi di quando in quando dei leggieri sibili analoghi al miagolar d' un gatto nascente.

Abbenchè concepissimo poche speranze di guarigione, risolvemmo nulla di meno di tentare un mezzo che noi riguardiamo come affatto esente di pericolo, e ch'è nel tempo stesso poco doloroso. Praticammo dunque la cauterizzazione della parte superiore del laringe.

Questa operazione durò appena un quarto di minuto. Ritirammo la spugna, e sopravvennero immediatamente dei conati di vomito, dei vomiti ed una tosse che non poteva nulla sedare.

Questo stato d' angoscia durò quasi un quarto d' ora; tosto che la tosse ed i vomiti si moderarono alquanto, l'ammalata, che noi interrogammo sul dolore che l' operazione le aveva cagionato, ci rispose *con una voce rauca ma forte abbastanza*, di soffrire pochissimo; e siccome maravigliavasi, al pari di noi, del cangiamento improviso della sua voce: « sono otto mesi, ci disse lietamente, che non ho potuto far questo.» Noi la impegnammo ad osservare il silenzio, e a gagarizzarsi con una soluzione d' alume. I conati di vomito e le nausee si riannovarono sino all' indomani mattina, e il dolor di gola, conseguenza inseparabile dell' ope-

ratione, persistette per tutto il secondo giorno; ma non era però di tale violenza da impedire l'inferma di bere e di mangiare delle zuppe.

In quanto all'afonia, non erasi l'indomani mattina affatto modificata; sperammo, ma invano, di veder in pochi giorni realizzarsi le speranze che ci aveva fatto concepire lo ristabilimento quasi immediato della voce finita appena la operazione. L'inferma lasciò la casa di sanità dieci giorni dopo la cauterizzazione.

Poco dopo la sua sortita, ella venne a vederci, e ci scongiurò di ricominciare la cauterizzazione, dicendoci ch' era la sola cosa che l'avesse fatto parlare un istante, e che sperava molto da un secondo tentativo.

Confessiamo che noi eravamo intieramente della sua opinione, e quindi vi ci decidemmo con tutta la facilità. Ci portammo dunque in sua casa, in compagnia del professore Bouillaud, il quale volle esserci cortese dei suoi consigli, e cauterizzammo una seconda volta con una soluzione saturata di nitrato d'argento; ma ci servimmo d'una spugna più grossa, e l'impregnammo talmente, che una leggiera compressione poteva con facilità farne sortire almeno dieci gocce. Ma, sebbenne l'inferma s'armasse di coraggio e di fermezza, non potè tollerare l'introduzione del nitrato di argento nel laringe, e con un movimento di tosse convulsiva, ci ricacciò al volto una così grande quantità di soluzione caustica, che n'ebbimo per molti giorni la faccia tutta piena di macchie nere. Immediatamente dopo la operazione, il faringe, la lingua e tutta la membrana mucosa boccale erano d'un bianco di latte; una tosse violenta, accompagnata di vomiti, si manifestò al momento, e per il corso di ventiquattro ore, i vomiti si riprodussero ognora che l'ammalata beveva qualche cosa: nulla di meno, le parti toccate dal caustico erano appena dolorose: non eravi nè febbre, nè dolore di stomaco, nè perdita di appetito; in una parola, tutte le funzioni erano nel più perfetto stato normale.

Questa volta, l'inferma non parlò immediatamente dopo la cauterizzazione.

Scorse quarant'otto ore, fece una colazione con ostriche e pane senza sperimentar altra cosa che un leggiero imbarazzo nella deglutizione. La sua voce non era ritornata: aveva ella intanto prodotto alcuni suoni soffocati dopo grandi sforzi; la tosse erasi fatta più frequente e l'espettorazione più copiosa. Prescrivemmo un gargarisma fatto con una solu-

zione saturata d'alume, ed una grandisssma quantità di aceto; l'inferma doveva servirsene otto a dieci volte al giorno.

Scorsero dodici giorni in questo stato, durante i quali l'inferma continuò ostinatamente a tossire e ad espettorare in copia. Di tempo in tempo, allorchè la tosse le dava un poco di riposo, articolava alcune parole con una voce assai roca.

Finalmente, tredici giorni dopo la seconda cauterizzazione, essendo a tavola con suo marito e la sua giovane di bottega parlò alcuni minuti di seguito, e da allora in poi la afonia non ricomparve mai più.

La voce, sulle prime rauca e mugolante, era divenuta di ora in ora più chiara; intanto se l'ammalata camminava lungamente a piedi, se parlava troppo, od esponevasi a un freddo intensissimo, la sua voce facevasi più rauca, ma non estinguevasi del tutto. In somma, il tuono della voce restò sempre molto alterato, ma in quello stesso grado in cui era da più anni.

Osservazione XXXVIII.

Catarro, e, in seguito, raucedine.—Tosse penosa.—Dimagramento.—Febbre la sera.—Petto in buono stato.—Trattamento emolliente senza utile risultato.—Reiterate cauterizzazioni col nitrato di argento.—Guarigione.

Madamigella T... d'anni venti, nata a Madras, era venuta a Parigi all'età di sei anni, e vi aveva sempre goduto una buona salute. Niuno della sua famiglia aveva mai sofferto malattie di petto; la madre, abbenchè giovane ancora, era attaccata d'una gotta che avevale orribilmente deformato le dita.

Verso la metà dell'estate del 1834, madamigella T... prese un leggiero raffreddore, in seguito del quale fu tormentata d'una tosse frequente, accompagnata d'un sentimento di dolore nella regione del laringe. Per tutto il corso dell'inverno, la tosse aumentò sempre, e la voce si velò.

Intanto, nella primavera del 1835, la febbre la visitava ogni sera. La giovane inferma dimagriva, e la tosse la tormentava giorno e notte, in modo da privarla quasi intieramente del sonno. L'appetito cominciava a mancare, e, sebbene non vi fosse espettorazione, e il suono della voce

e il mormorio della dilatazione polmonare non offrissero niente d'anormale, pure lo stato della inferma non lasciava di destare delle gravissime inquietudini.

Il dottor Lebreton, medico ordinario dell'ammalata, prescrisse delle fumigazioni che non procurarono alcun sollievo. Il regime il più addolcente, l'uso del latte d'asina, tutto fu impotente. Fu inviata ad Enghien, per prendervi le acque. La sua salute vi migliorò pochissimo, e ritornò senza febbre; ma siccome la tosse persisteva, sebbene a un grado minore, e l'ugola e il laringe eran sempre la sede di un vivissimo dolore, l'ammalata fu, nel principio d'ottobre 1835, affidata alle nostre cure.

Le amiddale erano un poco tumefatte: il velo palatino gonfio; l'ugola procidente ed edematosa, il laringe era doloroso, sopratutto quando l'inferma parlava ad alta voce, e la voce facevasi rauca specialmente la sera e in un appartamento caldo.

Noi consigliammo sul principio le frizioni sulla parte anteriore del collo coll'estratto di stramonea, e le insufflazioni nel laringe col sotto-nitrato di bismutto.

Questi mezzi calmarono un poco la tosse. Al bismutto sostituimmo una polvere composta d'un ottavo d'acetato neutro di piombo e di sette ottavi di zucchero finissimo. Indi, dopo d'aver fatto uso di questi mezzi per lo spazio di quindici giorni, siccome il male restava stazionario, cominciammo ad adibire il nitrato di argento.

Noi toccavamo, due volte la settimana, le amiddale e l'ugola colla pietra infernale; tre settimane furon sufficienti per far disparire del tutto la tosse e la tumefazione delle amiddale. Il gonfiamento dell'ugola diminuì anche notabilmente, senza però disparire del tutto.

Intanto la regione superiore del laringe restava ancora un poco dolorosa. Risolvemmo allora di portar sull'epiglottide e sopra l'apertura superiore del laringe una soluzione di mezzo grosso di nitrato d'argento, per due grossi di acqua distillata.

Questa operazione semplicissima fu praticata ad ogni quattro giorni, per lo spazio di sei settimane.

Sotto l'influenza di questo trattamento, la voce si ristabilì interamente; la tosse cessò; la salute generale divenne buona; i dolori della regione del laringe ricomparivano di tempo in tempo, allorchè l'ammalata parlava troppo, o che si tratteneva al ballo, in una temperatura elevatissima.

Il trattamento di questa giovane durò più lungo tempo di quanto non sarebbe durato se ella avesse voluto sottoporsi a parlare a voce bassa; ma ci fu sempre impossibile d' ottener ciò, ed ora non possiamo nemmeno moderare in lei un' intemperanza di parole, che diverrà verisimilmente cagione d' una ricaduta.

Ossservazione XXXIX.

Raucedine che durava da quattro anni.—Acque del Monte d' Oro. — Sollievo. — Ricaduta. — La stessa medicazione senza profitto.—Diverse altre medicazioni adibite anche senza vantaggio.— Tosse secca.— Afonia.— Dimagramento.— Gargarismi alluminosi.— Cauterizzazione col nitrato d'argento.— Guarigione.

Madama G... d' anni 25, nata da parenti non soggetti a malattie di petto, non soffrì mai nè catarri violenti, nè emottise.

Nel 1827, all'epoca della sua prima gravidanza, il dottor Lebreton, suo ostetrico e suo medico, osservò che la sua voce diveniva alquanto velata, senza che, per altro, risentisse alcuna molestia nella regione del laringe. Da questa epoca sino al 1832, il tuono della sua voce andò sempre indebolendosi, e l' inferma fu inviata all' acque del Monte d' Oro, dalle quali trasse vantaggio. Gli accidenti però aumentarono nel seguente inverno, e in agosto 1833 fece di nuovo il viaggio del Monte d' Oro, ma, questa volta, senza alcun profitto.

Al principio del 1834, si riunirono in consulto molti dei più cospicui medici di Parigi, e fu consigliato all' inferma un regime addolcente, l'uso del latte d'asina, ingiungendole nel tempo stesso di parlare a voce bassa. Osservò ella puntualmente queste istruzioni per lo spazio di sei mesi senza ottenere il più piccolo vantaggio.

Si prescrisse allora l' applicazione al collo di piccoli vescicatorii volanti, che si rinnovarono ogni due giorni per il corso di cinque settimane; nel tempo stesso l' ammalata faceva uso di gargarismi colla decozione di scorza di granato, della tisana d'iride fiorentina e dei bagni di Bareges.

I bagni di Bareges parvero migliorare lo stato generale; ma quello del laringe rimase lo stesso.

Finalmente, nel mese di febbraro 1835, fummo chiamati in consulta coi signori Lebreton e Giulio Cloquet.

La voce era estinta, e grandi sforzi bisognava fare l' inferma per produrre alcuni suoni rauchi. Il laringe non era dolente. Esplorando il dietro-bocca, non vi si scorse nè gonfiore nè rossezza. Tosse abituale, ma senza espettorazione. L' ascoltazione, e la percussione non fecero sospettare alcuna lesione tubercolosa del polmone.

Nulladimeno madama G.., era notabilmente dimagrita, la salute generale trovavasi alterata, ed era a temersi che accidenti più formidabili non venissero in appresso a svilupparsi.

Di comune accordo fu deciso:

1. Che gargarismi fatti con una soluzione saturata d'alume sarebbero adoperati ad esclusione degli altri.

2 Che ad ogni otto giorni si toccherebbero le amiddale e la parte superiore del laringe con una soluzione d' un mezzo grosso di nitrato d' argento per due grossi d'acqua distillata.

3. Che per lo spazio di due mesi, prenderebbesi mattina e sera un mezzo bicchiere l'acqua di Bonnes artificiale.

Sotto l' influenza di questo trattamento il quale fu continuato sotto i nostri occhi per il corso di due mesi, la voce divenne molto più sonora e la salute generale sensibilmente migliorò

L'ammalata si fece allora partire per la campagna inculcandole di fare, due o tre volte la settimana, dell' insufflazioni nel laringe con polvere d'alume, e di quando in quando, con un ottavo di calomelano per sette ottavi di zucchero candito porfidizzato.

Nel tempo stesso prescrivemmo gli esercizi vocali seguenti: Doveva ella parlare a voce bassa nello stato abituale. Tre volte al giorno doveva, per cinque minuti, far degli esercizi di lettura lentissimamente e ad alta voce.

Tre mesi dopo il suo arrivo in Borgogna, madama G.... riguardavasi già come guarita.— Ripigliò le sue abitudini, prese parte alle conversazioni, astenendosi, però, di parlare all' aria aperta, soprattutto di sera.

La salute generale poteva dirsi già perfetta; la tosse era interamente cessata.

In gennaro 1836, madma G... prese un piccolo raffreddore, e le restò, in conseguenza di esso, un poco di raucedine per alcune settimane.

Aprile 1837. Da tre mesi, per effetto d' un catarro violento, la voce era di nuovo divenuta rauca; ma madama G..-non ha voluto sacrificare i piaceri della società agl' interessi della sua salute, ed aspetta la bella stagione per mettersi nelle nostre mani.

La riuscita del trattamento non è sempre felice; le tre osservazioni che andiamo ora a rapportare dimostreranno che si possono, mediante le cauterizzazioni, emendare alcuni sintomi, senza che si ottenga però una perfetta guarigione.

Osservazione. XL.

Laringitide cronica semplice che durava da tre anni.— Quattro cauterizzazioni del laringe in tre mesi.— Miglioramento notabilissimo.— Cessazione del trattamento, ritorno degli accidenti.— Probabile esistenza di tubercoli.

Madama de Verg...d'anni 24, donna d' uno spirito vivace e d' una grande suscettibilità nervosa, godeva abitualmente d' un'ottima salute generale. Questa signora, eccellente virtuosa di musica, sperimentava ogni mattina, svegliandosi, un violento mal di gola che impediva la deglutizione, ma che insensibilmente dileguavasi alcune ore dopo che erasi alzata. L' ammalata accorgevasi, non senza qualche dispiacere, che la sua voce non aveva più la stessa chiarezza nè la stessa estensione come per l'avanti. Dal *si* ch'ella toccava una volta, era discesa al punto di non produrre il *mi* che colla massima difficoltà.

Il 1 agosto 1835 noi praticammo una prima cauterizzazione del faringe e del laringe con una soluzione di nitrato d' argento (un grosso per oncia d' acqua). Questa operazione cagionò nausee e conati di vomito talmente violenti, che l'inferma, disgustata del rimedio, che confessava intanto di non esser doloroso, rinunziava, ella disse, per sempre alla speranza di riacquistar la sua voce. Noi le prescrivemmo un gargarisma alluminoso (un'oncia di alume per due libbre d' acqua) e la lasciammo.

Erano appena scorsi alcuni giorni che questa signora mandò a ricercarci per praticare una nuova cauterizzazione. La sua voce, di già più sostenuta, aveva guadagnato un tuono. Noi giudicammo a proposito di lasciar produrre alla nostra prima applicazione di caustico tutto l' effetto possibile, e non fu

che dopo tre settimane che lo portammo di nuovo nella gola.

Questa volta, le nausee furono meno forti, meno penose e la voce guadagnò ancor qualche poco.

Finalmente, la cauterizzazione fu rinnovata per altre due volte coll' intervallo di tre settimane, e la voce potè toccare facilmente il *fa*. Un catarro intensissimo, sopravvenuto dopo un raffreddamento istantaneo, ci costrinse a sospendere questo trattamento, con gran dispiacere dell' ammalata la quale aspettò con impazienza i primi bei giorni per riprenderlo, nella speranza in cui era d' ottenere il desiato effetto.

Intanto questo catarro, il quale non annunziava sul principio nulla di grave, finì col prendere un carattere sospetto. Segni poco equivoci di tubercolizzazione polmonare si manifestarono, e la voce alterossi di nuovo senza che giudicassimo, questa volta, conveniente di ricorrere al mezzo che ci era riuscito.

I nostri lettori osserveranno che la cauterizzazione del laringe produsse un miglioramento notabile, abbenchè esistesse probabilmente in questa ammalata la diatesi tubercolosa.

Nelle due osservazioni che vanno a seguire, potremo fare anche le medesime osservazioni.

Osservazione XLI.

Afonia venuta gradatamente nel corso d' un' infiammazione cronica del laringe. — Cauterizzazione della gola. — Niun successo.

Una giovane d' anni ventuno, d' un temperamento sanguigno, entrò nella casa reale di sanità del sobborgò Saint-Denis, per esservi tratrata d' un' afonia cronica che durava da molti mesi. Fu ella collocata nel servizio del professore Dumeril il quale ci fece chiamare per apprestarle le nostre cure. Offriva ella l' apparenza della più bella salute; da diciotto mesi ch' era maritata, non aveva mai sofferto altro incomodo fuorchè quello per lo quale veniva a reclamare i soccorsi della medicina. Era già un anno che aveva risentito nel laringe un dolore il quale notabilmente inasprivasi tutte le volte ch' ella parlava lungamente ad alta voce.

La sua voce diveniva facilmente rauca e facevasi d'ora in ora più grave. Dopo quattro mesi di malattia, la regione del laringe diventò gonfia e dolorosa, e di tempo in tempo, soprattutto la sera, la voce perdevasi interamente. Il male peggiorò, e sei settimane pria che fosse entrata all'ospedale, la giovane inferma aveva perduto interamente la voce.

Non eravi intanto che poca tosse; e niun segno esteriore, niun sintomo generale esisteva che indicasse una lesione tubercolosa polmonare. Il suono era eguale sotto le due clavicole, il mormorio respiratorio debole, lo strepito inspiratorio largo e senza mescolanza di rantolo mucoso. Giammai emottisi, non disposizione alla diarrea, non febbre, non dimagramento.

Giudicammo dunque ch'esisteva una flemmasia cronica della membrana mucosa del laringe; e siccome eravi ancora molto dolore, avremmo certamente applicato localmente delle sanguisughe ed usato gli emollienti se diggià questi mezzi non fossero stati infruttuosamente adibiti.

Credemmo dunque dover ricorrere immediatamente alla cauterizzazione della gola e della parte superiore del laringe che praticammo con una soluzione saturata di nitrato d'argento e secondo il metodo sopraindicato.

Ne seguirono immediatamente dei vomiti, e, per due giorni, la deglutizione fu più difficile. Ma dopo 72 ore, la voce era divenuta un poco più sonora. Essa era ancora molto rauca, ma finalmente, potevasi con facilità sentirla a dieci passi di distanza.

Prescrivemmo dei gargarismi con una soluzione saturata d'alume nell'acqua, e delle frizioni sulla parte anteriore del collo coll'estratto alcolico di datura stramonium. Intanto, siccome il tuono della voce non migliorava d'una maniera abbastanza notabile, facemmo una nuova cauterizzazione quindici giorni dopo la prima. Questa volta il miglioramento fu sensibilissimo; e, dopo un mese ch'erasi cominciato il trattamento, la voce era ritornata, ma l'inferma non poteva parlare a lungo ad alta voce senza dolore e senza raucedine. Indarno, per combattere questo dolore, facemmo continuare le frizioni sul collo colla belladonna, applicare piccoli vescicatorii ammoniacali, che ricoprimmo con sali di morfina. Giudicammo allora che la tenacità dei sintomi infiammatorii riconosceva per causa principale una affezione sifilitica costituzionale, che gli antecedenti dell'ammalata non rendevano impossibile; cominciammo dunque il

trattamento mercuriale; e sotto l'influenza di questa medicazione novella, si ottenne, in fatti, un qualche sollievo. Ciò non pertanto in questa giovane ammalata il dolore nella regione del laringe rimane stazionario, nè lascia di avere una cattiva disposizione a divenir rauca sotto l'influenza della più lievè cagione; ma i sintomi i più gravi della tisi laringea sonosi dileguati, o piuttosto solamente mascherati.

Osservazione XLII.

Afonia succeduta ad una raucedine che durava da lungo tempo. —Cauterizzazioni frequentissime. — Ristabilimento imperfetto della voce.— Cinque mesi appresso, soffocazione imminente, tracheotomia, morte.— Tumore tubercoloso e polipo nel laringe.

Fu a noi inviato, in gennaio 1835 il signor di Serry, dal dottor Paradis d'Auxerre. Da un anno questo ammalato, il quale era obbligato di parlare allo spesso ad alta voce e in un locale spazioso, aveva veduto da prima la sua voce velarsi di quando in quando; ben tosto, la raucedine divenne continua; a poco a poco il tuono fecesi più grave e meno sonoro; finalmente, eran due mesi che la voce erasi totalmente estinta, allorchè vedemmo l'ammalato a Parigi. Il signor di Serry non poteva produrre alcun suono, nemmeno quando faceva grandissimi sforzi. Nessun dolore, nè gonfiammento nella regione del laringe; non tosse, nè mai catarri, nè emottisi. L'ascoltazione e la percussione, praticate colla massima attenzione, non ci diedero alcun segno di nessuna modificazione organica nel tessuto polmonare. L'infermo pareva godere del resto della pienezza di sua salute; tutte le funzioni, fuori che quella del laringe, si esiguivano perfettamente. È inutile il dire che il trattamento antiflogistico e rivulsivo, che il regime dolce e debilitante erano stati consigliati ed eseguiti senza profitto. Credemmo dunque di dover ricorrere immediatamente alla cauterizzazione. Ne praticammo noi una ogni giorno per il corso d'una settimana, poi tre la settimana per lo spazio di quindici giorni, poi due la settimana per una seconda quindicina; poi una soltanto ad ogni otto giorni per lo spazio d'un mese. Non ne seguì nè dolore, nè infiammazione. Non si vide, nei primi otto giorni, alcun miglioramento; scorso questo tempo, si

produssero alcuni suoni molto rauchi; dopo un mese, la voce aveva acquistato del tuono, ma era sempre rauca; finalmente, a capo di due mesi e mezzo, l'ammalato parlava con una voce velata, ma in modo da farsi benissimo sentire in un vasto salone, e fra un gruppo di persone che conversavano insieme ad alta voce.

Il signor di Serry lasciò allora Parigi. Puossi vedere nella osservazione n. 1 della quale è il soggetto, come egli ritornò per farsi praticare la tracheotomia, e quali alterazioni patologiche esistevano nel laringe.

Ma non può negarsi che, non ostante questi gravi disordini, erasi riuscito a modificare lo stato della membrana mucosa del laringe, atteso che il tuono della voce era ritornato.

Medicamenti topici applicati sotto forma polverulenta. L'anologia, questa guida così sicura in terapeutica, ci ha condotto ad applicare sull'apertura superiore del laringe alcuni topici irritanti. Vedevamo noi, in fatti, che per l'oftalmia, per esempio, i collirj con una soluzione di sublimato, di solfato di rame, di nitrato di argento, di solfato di zinco, modificavano con rapidità eguale al successo la flemmasia cronica della membrana mucosa. Vedevasi lo stesso per le fosse nasali, lo stesso doveva avvenire per lo laringe. La esperienza ha dimostrato che le nostre congetture erano fondate.

Uop'è nulla di meno confessare che l'introduzione dei collirj liquidi nel laringe non va esente di alcune difficoltà; la manovra è molestissima per gli ammalati, e il costringimento subitaneo della glottide si oppone sempre alla sufficiente introduzione del medicamento. Era d'uopo dunque pensare al mezzo di mettere in contatto gli agenti terapeutici con tutto il laringe, ed anche colla prima porzione della trachea.

Areteo aveva diggià consigliato, nell'angina maligna, le insufflazioni di polvere d'alume nel laringe, e bisogna convenire, che ancor oggi, questa medicazione, rimessa in voga dal signor Bretonneau de Tours, è una delle più potenti che possiamo opporre all'estensione delle false membrane dal faringe nelle vie aeree. Lo stromento d'Areteo consisteva semplicemente in una canna, quello di Bretonneau in un tubo rigonfio alla metà della sua lunghezza e separato da un diaframma di velo. Questi stromenti venivano sempre adoperati dal medico o dai parenti, e si capisce che non possa

farsi altrimenti tutte le volte che trattisi di fanciulli inintelligenti o indocili. In tal caso, si comprendono tutte le difficoltà che possono allora presentarsi. Il fanciullo, in fatti, espira allo spesso al momento in cui viene insufflatto e la polvere non penetra nelle vie aeree. La manovra è, negli adulti, più facile;ma è altresì necessario che l'infermo combini le sue inspirazioni col tempo in cui il medico fa l'insuflazione, e, in tutti questi tentativi la polvere cade nel faringe, sulla lingua, provoca dei conati di vomito o un costrignimento spasmodico della gola, e lo scopo va perduto.

É sembrato a noi molto più semplice di affidare queste insufflazioni allo stesso ammalato, ed ecco in qual modo.

L'apparecchio non consiste in altro che nella canna d'Areteo. Nelle città, è più comodo di prendere un tubo di vetro; questo tubo di due linee di diametro interiore, aver deve otto o dieci pollici di lunghezza. Si mettono nell' una dell'estremità di questo tubo tre o quattro grani della polvere da insuflare; l'altra estremità vien introdottà profondamente nella bocca quanto è possibile. L' infermo deve chiudere la bocca dopo d' aver fatto una profonda espirazione, poi, con una scossa brusca del diaframma, farà rapidamente una inspirazione. La colonna d'aria, attraversando il tubo, trascina la polvere, che si divide, ed arriva così nel faringe; ma una parte, trascinata dalla corrente d' aria, penetrerà nel laringe e nella prima porzione della trachea-arteria. Siamo avvertiti che la polvere si è introdotta nel laringe, da alcune scosse di tosse che l' ammalato dovrà reprimere per quanto è possibile a fin di lasciare il medicamento in contatto col tessuto affetto. Queste inspirazioni saranno ripetute più o meno ogni giorno, secondo lo stato del laringe, secondo la natura dalla polvere e la maniera in cui è sopportatā.

È in tal guisa che abbiamo noi portato con facilità nel laringe dei collirj polverulenti,esattamente come sogliónsi portare negli occhi.

I collirj secchi di cui noi ci serviamo per modificare la membrana mucosa del laringe sono: lo zucchero in polvere, il sotto nitrato di bismut, il calomelano, il precipitato rosso, il solfato di zinco, il solfato di rame, l' alume, l'acetato di piombo e sopratutto il nitrato d'argento.

Lo zucchero, il sotto-nitrato di bismut, vengono insufflati allo stato puro; il colomelano mescolato con dodici volte il suo peso di zucchero; il precipitato rosso, il solfato di zinco

e il solfato di rame, con trentasei volte il suo peso di zucchero, il nitrato d'argento con settantadue volte, trentasei volte, ventiquattro volte il suo peso di zucchero.

Tali sono le proporzioni che in generale noi adottiamo; esse però variano all'infinito, e sono sopratutto subordinate allo stato del laringe e alla suscettibilità degl'infermi.

Devesi raccomandare espressamente al farmacista di mescolar queste polveri sopra un porfido, in caso diverso rimarebbero delle piccole asprezze cristalline che irritano e provocano dei conati di tosse che non permettono all' infermo di ritenere la polvere.

Le insufflazioni che noi adibiamo sul principio, allorquando l'affezione laringea non è grave, sono quelle di sotto-nitrato di bismut; l'osservazione da noi rapportata sotto il n. XXVI, prova l'efficacia di queste insufflazioni anche nel caso in cui l'origine dei disordini laringei dipende dalla presenza, nei polmoni, di tubercoli non rammolliti. L'osservazione seguente somministrerà una novella prova dell'innocenza e dell'utilità di questo rimedio.

Osservazione XLIII.

Costituzione scrofolosa.—Eruzioni aftose nella bocca e nella gola.—Catarro acuto. —Guarigione del catarro.—Persistenza della raucedine e del dolore nel laringe.—Ispirazioni di sotto nitrato di bismut.—Guarigione rapida.

Il signor di H... aveva avuto, nella sua adolescenza, i gangli del collo ingorgati, alcuni dei quali suppurarono. Egli aveva tutto l'abito esteriore d'uno scrofoloso. Nel 1827, mentre era alla scuola di Saint Cyr, ebbe un' affezione aftosa che invase tutta la bocca e il faringe, e che durò lungo tempo. Questa malattia rinnovellosi nel 1833 e fu facilmente guarita. Dopo questa epoca, il signor di H.... non soffrì più dolori di gola. Sull'incominciar dell' inverno del 1835, trovossi ad una partita di caccia alla corsa, prese freddo al ritorno e sentissi accatarrato. Questo catarro fecegli risentire un dolore acuto nel laringe, cui non prestò attenzione. Il catarro guarì in pochi giorni; ma il dolore del laringe persistette e fu accompagnato da tosse secca e da raucedine. L'ostinatezza di questa affezione, così leggiera in apparenza, indusse il signor H.., a dimandare i nostri consigli. Noi gli

facemmo fare quattro volte al giorno dell' inspirazioni con quattro grani di sotto-nitrato di bismut. Quindici giorni bastarono per far intieramente cessare la tosse e la raucedine. Siccome restava un piccolo gonfiore delle amiddale, noi le toccammo due volte col nitrato d'argento, e la guarigione fu solida.

Le insufflazioni coll'acetato di piombo, con l'alume, i solfati di zinco e di rame, il nitrato di argento, sono da noi adibite nelle laringitidi non ulcerose, ed allorchè lo zucchero e il sotto nitrato di bismut sono stati insufficienti; cominciamo però coll'alume immediatamente, quando abbiam luogo di supporre che non rimane se non un poco di gonfiore della membrana mucosa senza viva infiammazione. Fu questo il caso di quel fanciullo guarito del crup colla tracheotomia di cui rapportammo brevemente l' osservazione sotto il n. 15.

Le insufflazioni col nitrato di argento ci sembrano indicate in tutti i casi, non solamente allorchè non havvi che un semplice eritema della membrana mucosa, ma eziandio quando esistono dell'erosioni od anche dell'ulcerazioni. E però, è questo il mezzo che noi mettiamo il più frequentemente in uso. Le insufflazioni si debbon fare due o tre volte la settimana, ed anche una volta ogni sera, secondo il grado di suscettibilità del laringe, e secondo la quantità di nitrato d'argento che si fa entrare nella polvere.

In quanto al calomelano e al precipitato rosso, medicamenti sì potenti nel trattamento delle malattie ulcerose croniche sifilitiche od altre, non ne facciamo mai uso che quando abbiam luogo di credere all'esistenza dell'ulcerazioni della membrana mucosa del laringe. Era questo il capo di madama G... di cui riportammo l'osservazione sotto il n. 39. Ma relativamente a tali medicamenti, dobbiam fare un' osservazione importante. I pratici han certamente osservato che se s'insuffli negli occhi il calomelano o il precipitato rosso mescolati allo zucchero, in proporzioni analoghe a quelle da noi sopra indicate, ne risulta una leggiera irritazione che persiste ordinariamente per alcune ore, e che se si replichino queste insufflazioni due o tre volte al giorno, si determinerà una flemmesia acuta. La stessa cosa avrà luogo allorchè si farà uso di pomate mercuriali con poca prudenza.

Ciò che succede nella membrana mucosa oculare avviene egualmente per quella del laringe; e però nei primi tempi,

non consigliamo che due o tre insufflazioni mercuriali la settimana, avendoci l'esperienza insegnato che gli accidenti aumentano, se, sin dal principio, se ne voglian fare una o due ogni giorno. Ma a misura che l'infermo vi si abitua, puossi e devesi anzi reiterarle più frequentemente, ed aumentar anche la quantità proporzionale del protocloruro o dell'ossido rosso di mercurio.

Le insufflazioni di polveri mercuriali, lo ripetiamo, non sono da noi solamente consigliate nelle tisi laringee sifilitiche, ma in quelle ancora che sono succedute ad un'infiammazione ordinaria. Del resto, ci accingiamo ora a dimostrare, con fatti numerosi, che il trattamento mercuriale è applicabile alla tisi laringea semplice egualmente che alla tisi laringea sifilitica.

Medicazione mercuriale. Se si passino in rivista gl'immensi travagli terapeutici che sono stati sul mercurio intrapresi, e si esaminino di buona fede e con imparzialità le osservazioni che sono state pubblicate sull'efficacia di questo medicamento, si resterà facilmente convinti che molte infiammazioni delle più gravi e delle più acute, che molti ingorgamenti cronici, ed ulcerazioni risedenti in varie parti, sono stati guariti coll'uso dei mercuriali; e forse il mercurio non guarisce così bene le flemmasie sifilitiche, che per la proprietà ch'egli ha di modificar potentemente lo stato generale dell'organismo, e per conseguenza lo stato locale, e non già per una virtù specifica molto incerta, secondo pensano molti autori contemporanei.

In un paese ove il mercurio è con profusione amministrato all'interno, e, diciamolo pure, con poco discernimento, si ha potuto, per azzardo forse, verificare l'influenza di questo agente terapeutico sulla maggior parte delle malattie. L'azzardo ha dunque dimostrato che il trattamento mercuriale, applicato nella tisi laringea la più inoltrata, produceva assai spesso delle guarigioni, allorchè non era permesso sperarne per verun altro mezzo conosciuto. Il dottor Pravaz, in una tesi, sostenuta nel 1824, sulla tisi laringea, chiamò principalmente l'attenzione sopra questo punto importante di terapeutica Le quattro osservazioni che seguono, fisseranno, meglio di tutte le spiegazioni, le idee dei nostri lettori sopra questa importante questione.

Osservazione XLIV.

Raucedine che durava da quindici anni. —Corizza accompagnata da secrezioni crostose che contava cinque anni.— Poi tosse intensissima. —Crup.—Febbre.—Dimagramento incipiente.—Afonia completa.—Niun segno di tubercoli. —Trattamento mercuriale.—Guarigione.—Principio di ricaduta.—Ripresa del trattamento.—Guarigione durevole.

Madama B.... d'anni 34, erasi maritata a diciotto anni, ed aveva sino allora goduto d'una sanità perfetta. Il di lei marito era molto libertino e conservò sempre le abitudini del deboscio.

Nulla dimeno l'inferma non erasi mai accorta di veruno scolo leucorroico, nè del più leggiero accidente dal lato delle parti genitali.

Ebbe ella forse una qualche ulcera venerea al collo uterino? Ciò è quanto non è permesso di sapere a nessuno.

Poco dopo il suo matrimonio, M. B .... allora in età di diciotto anni e mezzo, fece un viaggio in Inghilterra. Ivi contrasse ciò che un medico del paese chiamò una malattia del fegato; fu trattata col calomelano ad alta dose, e dopo sei mesi di questo trattamento, i suoi capelli e i suoi sopracigli caddero interamente. Quasi alla stessa epoca cominciò a risentire dei dolori di gola e d'orecchio che si rinnovellavano principalmente all'epoche mestruali.

A contar da quest'epoca, la voce, sino allora bella e sonora, cominciò a farsi rauca di tempo in tempo, e specialmente nei calori dell'està.

Nove anni dopo, val a dire nel 1829, M. B.... sperimentò nei seni frontali dei dolori lancinanti, accompagnati da uno scolo considerevole di muco dal naso. D'allora in poi, perdita dell'odorato, corizza permanente, gonfiore delle parti laterali del naso, croste, ulcerazioni superficiali, ozena. La membrana mucosa olfattiva era d'un rosso vivido.

Intanto la corizza moderavasi qualchevolta un poco allorchè sopravveniva altrove una forte infiammazione, ed osservavasi che la gola, il naso, il laringe, gl'intestini erano successivamente e non congiuntamente affetti.

Dicemmo sopra che, da quindici anni, la voce era un poco rauca, soprattutto nell'està.

Nel 1831, sopravvenne un'afonia assoluta, che durò due mesi e mezzo, accompagnata da dolore alla regione larin-

gea, e da remissione notabilissima nei sintomi della coe rizza.

Da quest'epoca, la voce restò sempre quasi estinta; e non ritornava, ma sempre molto rauca, se non quando l'infiammazione del naso si esasperava.

In gennaro 1835, in seguito d'una settimana passata in balli molto strapazzanti, e mentre calzavasi per andare al ballo, madama B... sentissi presa d'una oppressione intensissima che crebbe rapidamente. Bentosto l'ortopnea divenne estrema, manifestossi una t sse crupale con reiterati assalti, e, dopo quattro ore che gli accidenti erano cominciati, madama B... offrì tutti i sintomi del crup pervenuto al suo ultimo periodo.

Il dottor I..., medico ordinario dell'inferma, riconobbe una laringitide acuta, o piuttosto ciò che avevasi falsamente chiamato un edema della glottide, ed applicò un gran numero di sanguisughe al collo, fece un salasso, mise dei senapismi e riuscì ad allontanare questi formidabili sintomi.

Da questa epoca, perdita intera della voce; laringe dolorcso. Fummo noi chiamati presso l'ammalata in consulto, dal dottor I... verso la fine d'aprile 1835.

La natura della malattia del naso, la sua tenacità singolare, la secrezione crostosa che continuamente vi si faceva, il dolore quasi permanente della gola, la caduta dei capelli e dei sopracigli, avvenuta quindici anni addietro, e, più che ogni altro, i cattivi antecedenti del marito, ci portarono a pensare che trattavasi d'un'affezione sifilitica la quale non erasi disvelata giemmai con verun sintomo locale. Cominciava a divenire urgente l'occuparsene. Eravi una tosse continua, febbre allo spesso, dimagramento; in somma, l'inferma pareva avviarsi verso la tisichezza.

Nulla dimeno il petto, esplorato attentamente, non ci offerse nulla di anormale.

Fu deciso che adibiremmo un trattamento mercuriale generale e locale.

Ad ogni tre giorni, l'inferma prese un bagno in cui facevasi sciogliere una mezza oncia di sublimato. Doveva, tre volte al giorno, inspirare dalle narici una polvere mercuriale composta di due grossi di zucchero e di dodici grani di calomelano e d'ossido rosso di mercurio.

Dopo due mesi di questo trattamento, la tosse cessò inr amente, dileguossi la malattia del naso, la voce si rista-

mentata da questa pressione, e l'infermo sperimentava il sentimento d'un corpo straniero alloggiato nella gola.

Il polso era debole e frequente, l'altre funzioni conservavano la loro integrità, e non iscorgevasi alcun sintomo di tisi polmonare. Thomann prescrisse una polvere composta di giusquiamo, di solfo dorato d'antimonio e di zucchero, da prendersi in tre dosi nel corso della giornata; e per bevanda una decozione di lichen islandico; la dieta era leggermente nutritiva, in ragione della debolezza dell'infermo.

Dal giorno della ricezione sino al 18, non avvenne alcun cangiamento nei sintomi. La stessa polvere fu continuata; si diede la porzione intera, e per bevanda, del vino tagliato con acqua, cui si aggiunsero, per ogni bicchiere, due cucchiai della mistura seguente: decozione di chinachina once viij, miele oncia j.

Questo trattamento fu continuato sino al 24, senza sensibile miglioramento. Si prescrisse allora un vescicatorio attorno del collo, e un'altra mistura, nella quale entravano un'infusione di fiori d'arnica, l'estratto di chinachina e il miele.

Questi mezzi essendo stati continuati sino al 1 ottobre, la voce rimase soppressa, ma la tosse e la lassezza delle membra disparvero. Il corpo impinguossi alquanto, e la respirazione divenne meno difficile. Per ottenere la guarigione delle ulcere della gola, si amministrò il mercurio dolce, combinato con oppio e zucchero, abbenchè non esistesse alcun sintomo di sifilide. Thomann non l'adoperò qui che come stimolante. Praticaronsi anche attorno il collo dell'unzioni col linimento volatile canforato.

Il giorno 8 ottobre, le ulcerazioni della gola presentavano un aspetto sensibilmente più favorevole, e di giorno in giorno camminarono verso la guarigione. Il 15, erano già ristrettissime, e il 20, sotto l'influenza dello stesso trattamento, trovaronsi interamente guarite; la voce era più distinta; le altre funzioni esercitavansi benissimo. Il 22 l'ammalato sortì dall'ospedale in uno stato di salute soddisfacente; ripigliò le sue penose occupazioni; la voce ritornò presso che al suo tuono naturale e la malattia non ebbe recidiva.

Osservazione XLV bis (1).

Un fornajo, d'anni 40, d'una piccola statura, magro ed irascibilissimo, non aveva mai sofferto alcuna seria malattia. Nell'inverno del 1815, fece un viaggio in cui si espose molto al freddo e all'umidità. Nel 1816, ebbe delle avversità che l'afflissero vivamente. Allorchè il signor Henning vide l'infermo, aveva questi la voce assai rauca. soffriva forti dolori nella gola, una tosse irritativa quasi continua, con senso d'ardore e di pungimento nell'esofago. Inoltre, vigilia, ansietà, difficoltà d'inghiottire gli alimenti solidi, e, cinque a sei volte al giorno, un dolor lancinante, ma passeggero, nella guancia destra, e al disotto dell'osso zigomatico. Questo dolore portavasi sul faringe, diveniva allora più intenso, e determinava un violento accesso di tosse. Eravi aridezza continua della gola, e febbre ardente. Dalla apparizione di questi sintomi, un'infiammazione ch'esisteva nelle articolazioni con dolore e tumore, era interamente scomparsa. Esaminando l'interno della bocca, non si scoprì altra cosa fuorchè una rossezza molto intensa dietro il palato. Il collo era sensibilmente tumefatto nei dintorni della glandola tiroide; ed allorchè toccavasi questo luogo, dove il calore era per altro più forte che in tutte le altre parti, l'ammalato sperimentava un dolor vivo, che estendevasi ben avanti nella trachea-arteria; e se, durante questo toccamento, facevasi fare all'infermo un movimento di deglutizione, osservavansi taluni sforzi di tutte le parti che concorrono a questa funzione, e le pulsazioni delle arterie divenivano anche più forti. Non si osservava nulla alla guancia che era la sede della nevralgia faciale; tutta la cavità boccale, sopratutto verso la regione dell'epiglottide, era ricoperta da un muco vischioso; il polso dava cento pulsazioni. Il signor Henning riconobbe nell'insieme di tutti questi sintomi una infiammazione del laringe, alla quale partecipava il principio dell'esofago; infiammazione che essendo durata tre mesi, aveva indebolito considerabilmente l'infermo. Furon tosto applicate otto sanguisughe ai dintorni del laringe, e si fecero succedere immediatamente alla loro applicazione talune frizioni con parti eguali di linimento volatile e di unguento mercuriale. Queste frizioni furon fatte di due ore in due ore. e, dopo ciascuna frizione, si ricopriva la parte d'un

(1) *Biblioteque medicale*, tomo LXIX.

cataplasma emolliente. All' interno, si fece prendere una pozione nitrata e minorativa. La guancia fu anche sottoposta alle frizioni, e si fece fare un frequente uso di piedilavii, nei quali facevansi infondere dei fiori di sambuco e di camomilla. Due giorni di questo trattamento non avevano prodotto alcun miglioramento, e l'infermo era inoltre costipato. Fu applicato un vescicatorio tra le due spalle, sollicitossi il basso ventre con un clistere; e, siccome lo stato del polso rimaneva sempre lo stesso, applicaronsi delle sanguisughe alle braccia e ai polpacci. Questo trattamento determinò dei sudori abbondanti e un miglioramento di tutti i sintomi. Si diedero allora all'interno il calomelano e l'estratto d'aconito, e più tardi l'oppio e la canfora. Tutti i sintomi appartenenti all'infiammazione del laringe cessarono intieramente, e restò soltanto il dolor faciale, il quale aumentò anche di frequenza e d'intensità. Sarebbe inutile di riferire tutti i mezzi che furon tentati per combatterlo, e sempre senza alcun successo. Poco dopo, l'infermo morì subitamente d'apoplessia. Non fu possibile di far l'apertura del cadavere.

In questa osservazione vedesi una flemmasia che occupava non solo la membrana mucosa del laringe, ma quella ancora della trachea-arteria, dell'esofago e del dietro-bocca. Siccome era essa complicata con nevralgia, è probabile che questa circostanza sia stata il motivo che fece ricorrere alle frizioni mercuriali. L'istoria del trattamento mostra chiaramente che i salassi locali non ebbero alcuna influenza sensibile sulla guarigione. La prima applicazione di sanghisughe, fatta attorno del collo, non diminuì affatto i sintomi, e non cominciarono essi ad emendarsi se non quando il mercurio fu amministrato in quantità sufficiente per agir sulla costituzione. Non si crederà certamente che le sanghisughe applicate alle membra abbiano potuto diminuire l'eretismo generale: un salasso del braccio sarebbe stato meglio indicato per ottener questo intento.

Osservazione XLVI (1)

Laringitide cronica sopravvenuta dopo un grido acuto.— Emottisi.—Dolore leggiero e pungimento nel laringe.— Alterazione della voce.—Setone.—Preparazioni mercuriali.—Silenzio assoluto.—Fumigazioni emollienti.—Miglioramento notabile.—Acque del Monte D' Oro.—Guarigione.

Madama C.. la quale facevasi distinguere per l'amabilità del suo spirito del pari che per le grazie della sua persona, ebbe la sventura di perdere, in giugno 1811, un unico figlio, teneramente amato. In uno degli accessi di disperazione, mandò un grido talmente acuto, che risentinne tosto una sorte di lacerazion nella gola. Da questo momento, andò soggetta a sputi di sangue, i quali manifestavansi particolarmente la mattina. Appena risvegliavasi, sentiva distaccarsi dal punto doloroso un piccolo grumo ch' ella espettorava insieme ad alcune gocce di sangue. Risentiva, inoltre, alla regione inferiore del laringe un pugnimento continuo che le faceva portar frequentemente la mano verso questa parte. Questi sintomi continuarono senza sensibilissimo aumento, sin nell' està del 1813. A questa epoca, essendosi un giorno riscaldata in una passeggiata a cavallo, sputò molto sangue a più riprese, e i dolori che provava nella gola divennero più vivi, ed inasprivansi allorchè inghiottiva alimenti aromatizzati, troppo caldi o troppo freddi: l'ammalata sperimentava la sensazione d'una piaga allo scoverto. L'infermità facendo ogni giorno progressi, suo marito, al quale aveva ella nascosto le sue sofferenze, la determinò a consultare un uomo dell'arte; ma, sia che indifferente alla sua sorte per il profondo cordoglio onde era sempre affetta, non avesse ella reso un conto esatto del suo stato, o che il medico non vi avesse prestato una sufficiente attenzione, la malattia non fu conosciuta. Si prescrissero i tonici e gli stimolanti, come il vino di chinachina, i succhi di carne concentrati, ch'esasperarono tutti i sintomi. L'inferma sperimentava dei dolori simpatici vivissimi nelle membra superiori e nel dorso; alterata era la voce, e la febbre continua. Un secondo me-

(1) Pravaz, *Recherches pour servir a l' histoire de la phthisie laringée.* (Tesi. Parigi, 1824, in 4.)

dico la giudicò pervenuta al secondo grado della tisi polmonare. Il signor C... giustamente allarmato, prese la risoluzione di condurre sua moglie a Parigi, per consultarvi i medici i più celebri. Il dottor Itard. a cui fu egli diretto, non tardò a conoscere il carattere di questa affezione, che la giudicò gravissima per la sua antichità, per lo smagrimento e l'estrema debolezza dell'inferma. Ei domandò in consulta il professore Hallè, il di cui pronostico non fu meno sfavorevole. Fu convenuto che verrebbero bruciati dei piccoli moxa nei dintorni del punto doloroso.

Il signor Itard, il quale restò incaricato di continuare il trattamento, aveva già fatto applicare attorno del collo un empiastro di pece di Borgogna asperso d'emetico, onde eccitare al di fuori un'irritazione rivulsiva. Ai moxa, che produssero poco effetto, si fece succedere un setone, il quale fu tenuto per un anno. Onde combattere un notabile predominio del sistema linfatico, furono amministrate, per un tempo lunghissimo, diverse preparazioni idrargiriche. Si prescrisse nel tempo stesso un regime addolcente ed analettico, e fu raccomandato il silenzio. A questi mezzi si aggiunse l'inspirazione di vapori emollienti. Ogni mattina, l'inferma rinchiudevasi per molte ore in un vasto armario, disposto in modo che potesse ella occuparvisi di qualche lettura, e dove mantenevasi in ebollizione, sopra una lampada a spirito di vino, una pinta di latte. Al sortire di questa specie di stufa, ella trovava nel suo appartamento un'atmosfera mantenuta ad una temperatura dolce ed umida, mediante l'ebollizione nell'acqua di fiori di malva, di viola, e d'altre specie mucilaginose. Se lasciava questa stanza, aveva ella la cura di non respirare che per mezzo di una boccia a doppio tubo, in cui stava un miscuglio d'etere e di balsamo di Tolù, di maniera che l'aria non arrivasse nelle vie respiratorie che impregnata di materie medicamentose. Tosto che i sintomi d'irritazione si furono dileguati, si prescrissero delle fumigazioni aromatiche ottenute colla combustione del balsamo tolutano di cui l'inferma doveva per alcuni momenti ricevere il vapore nella gola. Un trattamento così ben inteso, secondato dalle attenzioni le più delicate dell'amicizia e della tenerezza conjugale, aveva arrecato un miglioramento considerevole in tutti i sintomi. Il dottor Itard giudicò che le acque del Monte-d'oro potrebbero convenire all'inferma, e determinare la convalescenza. Fu ella inviata, sin dal mese di maggio, a Clermont, per

abitnarsi all' aria delle montagne. Ella espettorava ancora un poco di sangue. Questo sintomo disparve durante l' uso delle acque. L'inferma cominciò ad impinguarsi, e già poteva dirsi guarita. Rimaneva un poco di sensibilità al laringe; madama C... ritornata nella sua casa, fu indotta a dormire per molti mesi in una stalla mantenuta con un' estrema pulitezza. L'anno segnente. fu rinviata al Monte-d'oro, per confermare una cura così felice, la quale fu compiuta e permanente.

Più sotto, citeremo dell' osservazioni più curiose ancora nelle quali la tisi laringea, pervenuta a un grado tale che la tracheotomia era stata giudicata indispensabile, ha intanto potuto guarirsi con un trattamento mercuriale energico, abbenchè non esistesse negli infermi alcun antecedente sifilitico.

Qual' è, in questo caso, la maniera d'agire del mercurio? per quali vie terapeutiche giunge esso a modificare alterazioni così gravi siccome quelle che per ordinario troviamo? Ciò è quanto non teuteremo noi di scoprire, sicurissimi che non azzarderemmo che ipotesi le quali non reggerebbero ad un esame profondo.

Iodio. Non può dirsi lo stesso della maniera d'agire dell' iodio, la quale, se non è più che quella del mercurio conosciuta nella sua intimità, ha almeno risultati più costanti, i quali permettono di rapportarli a risultati analoghi osservati in tutta l'economia. Vediamo, in fatti, la tintura d'iodio amministrata ad alta dose, guarire i sintomi secondarj della sifilide, risolvere le tumefazioni ossee, gli ingorgamenti glandolosi, ec. ec. Gli effetti i più manifesti dell'iodio sono l'atrofia dei tessuti induriti e dei tessuti sani, e quindi non havvi nulla di straordinario a vedere questo medicamento risolvere egualmente gl' ingorgamenti cronici del laringe. Questa medicazione, accennata piuttosto che sperimentata dagli Alemanni, è stata solamente adibita da noi nella tisi laringea. Due volte tra l'altre ne abbiamo fatto uso; la prima volta senza successo, la seconda con un vantaggio manifesto.

Osservazione XLVII.

Un magnano, dimorante a Parigi, via della Ferme des Mathurins venne a consultarci, due anni fa, per un' affezione

grave del faringe e del laringe. Ci raccontò che aveva avuto la sifilide, e che poco dopo era sopravvenuta un'angina sifilitica. Consultò allora il signor Biett che gli fece prendere delle pillole di proto-ioduro di mercurio; e, in conseguenza di questo trattamento, tutti i sintomi della lue venerea disparvero, non rimanendogli che una grande suscettibilità della membrana mucosa faringea. Intanto, sopravvennero ben tosto dei dolori alquanto più vivi i quali si propagavano al laringe. Questi sintomi avendo acquistato un carattere più serio, l'ammalato consultò di nuovo il signor Biett, il quale prescrisse un secondo trattamento mercuriale, senza alcun vantaggio. Il signor Marjolin, dal quale l'infermo reclamò egualmente i soccorsi, pensò del pari che la sifilide era la causa degli accidenti, e il mercurio. sotto diverse forme, e i sudoriferi furono indarno amministrati. Fu allora che X... venne a consultarci. Le amiddale, il velo palatino e l'ugola erano molto tumefatte, e d'un rosso vivido; l'epiglottide, che scorgevasi perfettamente deprimendo fortemente la lingua, era anche rossissima e tumefattissima. La deglutizione era dolorosa. L'infermo risentiva, nella regione del laringe, la sensazione d'una scottatura viva, e un dolore che cresceva al momento del pasto e negli sforzi ch'ei faceva per parlare. La voce era soltanto un poco alterata.

Noi cominciammo dal cauterizzare col nitrato d'argento le amiddale e l'epiglottide, e ciò due volte la settimana. Sotto l'influenza di questa così semplice e così poco dolorosa medicazione, il gonfiore e la rossezza della gola dileguaronsi nello spazio d'un mese; ma il laringe rimaneva tuttavia infermo. Noi già ci determinavamo a portare il caustico sull'apertura del laringe, o a far fare delle inspirazioni di polvere di alume, allorchè ci venne l'idea di tentare l'amministrazione dell'iodio. Prescrivemmo adunque la tintura d'iodio, alla dose di 10 gocce mattina e sera in un mezzo bicchiere d'acqua inzuccherata. Dopo otto giorni di questo trattamento, il miglioramento era già manifesto, e dopo altri otto giorni, l'infermo sembrava guarito. Questa guarigione è stata durevole. Ma pochissimi fatti di tal genere sono stati da noi sin ora osservati perchè potessimo stabilire il nostro giudizio sopra questa medicazione, e non avremmo menzionato questo fatto isolato, se alcuni giornali alemanni non avessero diggià parlato più volte dell'efficacia dell'iodio nel trattamento delle malattie croniche della gola e del larigen.

Zolfo. Acque minerali solforose. Molti medici, quelli prin-

cipalmente che hanno abbracciato le opinioni della nuova scuola francese, relegano quasi tra le favole i fatti di guarigione riferiti da Bordeau e da tanti altri sull'efficacia dell'acque di Bonnes e di Cauterets nel trattamento delle malattie del petto. Ma coloro i quali hanno studiato sui luoghi gli effetti delle acque dei Pirenei, coloro i quali hanno avuto più volte occasione d'inviarvi i loro ammalati, evidentissimamente attaccati di tubercoli polmonari, potranno attestare le cure maravigliose che tutti gli anni si ottengono da questa potente medicazione. Non debbonsi quindi trascurare giammai le acque minerali solforose di Bonnes e di Cauterets, naturali ed artificiali, nel trattamento delle varie forme della tisi laringea. Questo mezzo, abbenchè secondario, può, da se solo e senza il soccorso d'alcun altro, guarire allorquando la malattia è poco inoltrata. Tra molte altre noi sceglieremo l'osservazione seguente.

Osservazione XLVIII.

Raucedine.—Afonia.—Gargarismi alluminosi senza sollievo. —Dieta lattea ed acqua di Bonnes.—Guarigione.—Ricaduta per alcune imprudenze.—Ripresa della dieta lattea e dell'acqua di Bonnes.—Guarigione in cinque settimane.

Il signor D... Capitano d'artiglieria, d'anni 34, era nato da parenti tubercolosi.

La sua voce era alquanto grave e poco forte, tranne nelle note alte.

Dopo d'essere stato perdutamente amoroso d'una donzella, ei la sposò, e diedesi con poca sobrietà ai piaceri del matrimonio. Frequentava inoltre le società, e le feste di ballo. Scorsi tre mesi si accorse che la sua voce erasi fatta rauca, e poco appresso ei divenne intieramente afono (1). Non eravi espettorazione, nè dolore al laringe, e la salute generale continuava ad essere eccellente. Solamente l'infermo era costretto a fare molti sforzi per parlare in modo da farsi sentire, ciò che estremamente lo affaticava.

Non esisteva nulla che potesse far sospettare un'affezione

(1) Facciamo anche notare una circostanza che si è da noi saputa solamente da poco, ed è che, per un sentimento di civetteria, aveva tolto un gilè di flanella che portava da molti anni.

dei polmoni. Non aveva avuto mai emottisi, nè catarro, nè angine.

Fecesi per quindici giorni gargarizzare con una soluzione d'un'oncia di alume in una libbra d'acqua, senza alcun miglioramento.

Fu allora prescritta la dieta lattea con qualche vantaggio. Vi si aggiunse l'uso dell'acqua di Bonnes alla dose d'una bottiglia al giorno; il miglioramento fu ben tosto sensibile e dopo due mesi la guarigione perfetta.

Il signor D... Andò a passare l'està in Normandia. Un giorno, dopo di aver preso un bagno caldissimo, andò a passeggiare alla riva del mare, e ritornò a Parigi con una violenta angina faringea ed un'afonia assoluta: fu rimesso all'uso del latte caldo.

Facevansi, mattina e sera, delle frizioni sul collo colla pomata stibiata; si riprese l'uso dell'acqua di Bonnes, e dopo cinque settimane di questo trattamento, la sua voce aveva già riacquistato il suo tuono naturale.

Un'osservazione curiosa, la quale conferma ciò che han detto i fisiologi sull'intima relazione che esiste tra gli organi genitali e quelli della fonazione, si è quella che il sig. D... trovavasi sempre meglio quando sua moglie era incomodata, e che perciò si asteneva dal coito.

Trattamento coll'applicazione dei topici sul faringe. Abbiamo veduto, parlando delle cause, che allo spesso l'infiammazione cronica del laringe, e la tisi laringea che ne è la conseguenza, riconoscevano per causa una flemmasia della membrana mucosa delle amiddale e del velo palatino, e, qualche volta eziandio, la semplice tumefazione e la procidenza dell'ugola. Non è, finalmente, cosa rara che la carie d'uno o di più denti mantenga nella gola una flussione abituale, e per conseguenza una laringitide cronica. Una delle nostre più grandi cantatrici, madama Mainvielle-Fodor, dicesi di aver perduto la voce per questa cagione.

Pare che, in tal caso, l'infiammazione siasi propagata per continuità di tessuto, come si vede il catarro vaginale succedere all'alterazione o all'infiammazione semplice del collo uterino; come si vede un'ulcera fistolosa dovuta alla carie d'un osso, essere la causa dell'infiammazione cronica e dello indurimento del tessuto cellulare che la circonda. In questo caso, la guarigione del male originale, che ci si perdoni questa espressione, basta per dissipare gli accidenti secondarii. Così il taglio dell'ugola, delle amiddale, l'avulsione

dei denti basta per arrecare la guarigione d'una tisi laringea incipiente che veniva fomentata dalla malattia della gola.

Bennati, il quale erasi con qualche successo occupato delle malattie del laringe, ed avevasi acquistato una specie di riputazione nel trattamento di queste malattie, annetteva una importanza estrema all'applicazione dei mezzi medicamentosi sulle amiddale e alla base della lingua nel trattamento delle affezioni del laringe. Preconizzava d'una maniera quasi esclusiva i gargarismi alluminosi, e, nelle prime osservazioni che figurano in questo capitolo, si ha potuto vedere che, anche noi, abbiam avuto motivo di rimaner contenti di questa medicazione.

Questi gargarismi debbono esser fatti con una soluzione concentratissima di alume; uno scropolo, un mezzo grosso, ed anche sino a un grosso per oncia d'acqua, e debbono ripetersi più volte al giorno. Bennati adibiva ancora la soluzione di solfato di zinco.

In quanto a noi, diamo la preferenza al nitrato d'argento. Quando havvi coincidenza d'angina faringea e di laringitide cronica, noi tocchiamo due o tre volte la settimana le amiddale e il velo palatino con un pezzo di nitrato d'argento, ovvero con una spugna impregnata d'una soluzione saturata dello stesso sale, ovvero in fine con una polvere composta di sei a otto grani di nitrato d'argento per grosso di zucchero candito, che si porterà sulle amiddale col dito. Una soluzione saturata di solfato di rame, di sublimato o di solfato di zinco, egualmente soddisfa a questa indicazione terapeutica. Si può vedere, dalle osservazioni n.38 e n.47 qual vantaggio può trarsi da questi toccamenti delle amiddale e del faringe.

Ma, quando anche la membrana mucosa che tapezza il dietro-bocca non sia la sede d'una flemmasia cronica, puossi con quasi eguale successo combattere coll'istesso mezzo la laringitide. Riescirà difficile lo spiegare di qual maniera la cauterizzazione superficiale delle amiddale e della base della lingua possa modificare la flemmasia laringea; ma il fatto è questo, e l'analogia per altro dimostra che debba avvenire così. Abbiam veduto nel principio di questo capitolo come la cauterizzazione della parte superiore del laringe guarisse l'infiammazione risedente in un punto così profondo che il caustico non giungeva direttamente a toccare (*le stesse osservazioni*); non sembrerà dunque cosa più straordinaria di vedere la cauterizzazione della base della lingua, delle amiddale e dell'epiglottide produrre i medesimi risultati.

I medici che trattano le malattie dell'orecchio sanno che la cauterizzazione delle amiddale può, da se sola, arrecare qualche volta la guarigione del catarro della tromba d'Eustachio; qual maraviglia dunque di vedere lo stesso rimedio guarire il catarro del laringe?

Si dirà che avvenga ciò per rivulsione, e che il topico irritante, facendo in questo punto officio di vescicatorio, agisca allora centralizzando verso il punto toccato la flussione infiammatoria? ecco una spiegazione che non ha nulla d'improbabile; ma si potrà, al contrario, ammettere che la modificazione organica impressa all'amiddala. si trasmetta alla membrana mucosa che riveste il condotto gutturale dell'orecchio e il laringe; ecco una questione che noi non decideremo e la qnale per altro non ci sembra essere di una grande importanza pratica.

Trattamento della tisi laringea sifilitica. Allorquando si avrà tutto il fondamento di credere che la tisi laringea sia sifilitica, molte indicazioni si presentano secondo lo stato presunto delle parti, secondo la natura delle alterarazioni del faringe.

La flemmasia faringea, in fatti, reclama qualche volta la principale attenzione, atteso che il gonfiamento e l'infiammazione della membrana mucosa delle vie aeree non è dovuta che alla propagazione di quella del dietro-bocca, nel modo stesso che la procidenza infiammatoria dell'ugola è allo spesso cagionata manifestamente da un' alterazione organica risedente o nelle fosse nasali, o sopra le amiddale.

Se dunque la tisi laringea sifilitica non è che l' estensione dell' infiammazione gutturale, a trattare quest' ultima dovremo unicamente attenerci, sia con mezzi topici, sia con rimedj generali.

Ma quando la tisi laringea sarà idiopatica, nel senso che la lesione organica sia limitata al laringe; in allora, oltre i mezzi generali indicati nel trattamento della tisi laringea semplice, per combattere gli accidenti infiammatorj comuni, dovremo soprattutto ricorrere al toccamento della gola con una soluzione di sublimato, alle inspirazioni di calomelano e di precipitato rosso, nelle proporzioni che abbiamo indicate. Vedansi le osserv. n. 20 e 21, 49, 49 bis, 49 ter.

In quanto al trattamento generale, non differirà in nulla da quello che tutti i pratici illuminati consigliano nella sifilide costituzionale.

Le cinque osservazioni che seguono, e che noi scegliamo tra molte analoghe, dimostreranno la felice influenza del trattamento antisifilitico sopra questa formidabile affezione.

Le tre prime, che ci appartengono, daranno ai nostri lettori l'idea del modo di trattamento che noi in simil caso adottiamo. Rinvieremo eziandio alle osservazioni n. 20 e 21, le quali sono state diggià rapportate e che ci appartengono egualmente.

Osservazione XLIX.

Tisi laringea sifilitica.

Il signor P... d'anni cinquanta, contrasse, nel 1828, dell'ulcere sifilitiche. Ne fu guarito mercè un trattamento locale ed un trattamento mercuriale che durò poco tempo. Un anno appresso, senza essersi di nuovo esposto all' infezione venerea, risentì un mal di gola violento. Il medico ch' ei consultò riconobbe un' angina sifilitica ulcerosa, e prescrisse un trattamento mercuriale completo. Il male guarì; ma, poco dopo, la gola ritornò ad affettarsi. Si riempì di vegetazioni dure e ritonde; il velo del palato si saldò alla parte posteriore e superiore del faringe, la voce alterossi, divenne rauca, poi si estinse, e sopravvenne finalmente uno stato abituale di dispnea.

Questi sintomi spaventevoli furono combattuti con applicazioni locali di nitrato acido di mercurio, con gargarismi d'ogni sorte, con applicazioni reiterate di sanghisughe, col salasso, coi vescicatorj *loco dolenti*, col setone alla nuca; e all'interno coi mercuriali successivamente amministrati, colla tisana di Feltz, coi biscotti d'Ollivier, col muriato d'oro. Ottenevasi un miglioramento momentaneo nel corso dell'està; ma nell' inverno, gli accidenti ritornavano con nuova violenza, e dal principio dell'anno 1835, il signor P...non ottene più alcun miglioramento e parve dover ben presto perire d'asfissia. Nel mese di maggio 1835 consultò il signor Marjolin, il quale a noi l'inviò.

Dicemmo già ciò che la vista permetteva di scorgere facendo aprir largamente la bocca dell' infermo. Ma inoltrando profondamente il dito nel faringe e sin oltre l'epiglottide, sentivasi una massa di tumori irregolari ed anfrattuosi che circondavano il laringe e chiudevano quasi interamente l'e-

sofago. La sensazione che si sperimentava alla punta del dito era quella che si prova quando toccasi un cancro uterino profondamente ulcerato.

La voce era estinta, ma diveniva rauca e cavernosa allorchè l'infermo faceva grandi sforzi. La respirazione era orribilmente impedita, a segno che arrivando nel nostro gabinetto (e noi alloggiavamo al primo piano) abbisognarono all'infermo almeno cinque minuti per riprender fiato e poter parlare. L'aria, attraversando il laringe, produceva un sibilo acuto, ma soltanto nel movimento inspiratorio: l'espirazione, senza essere strepitosa, eseguivasi nulla di meno con pena, nel senso che i muscoli espiratori eran costretti di entrare energicamente in azione.

L'esame del petto non fece riconoscere alcun segno di lesione polmonare. L'infermo, naturalmente grasso e colorito, aveva, sin da cinque mesi, dimagrato di più di venti libbre; era debole ed aveva perduto già l'appetito.

Comunque grave egli fosse un simile stato, non disperammo noi della guarigione e stabilimmo il seguente piano di cura:

1. Fare pochi sforzi per parlare, per espettorare o per tossire.

2. Non esporsi che il meno possibile all'aria fredda della sera o del mattino.

3. Ogni quattro giorni, cauterizzare il faringe e la parte superiore del laringe, o con una soluzione di nitrato acido di mercurio, o con una soluzione di nitrato d'argento, o col cloruro d'oro disciolto nell'acido nitro-muriatico.

4. Gargarizzarsi ogni giorno con una soluzione satura di alume.

5. Due volte il giorno, fare insufflar nel laringe, e nel faringe della polvere, secondo la formola seguente:

R. Calomelano 40 grani.
Zucchero candito ridotto
in polvere impalpabile, oncia mezza.
Mescolate.

Gargarizzarsi coll'acqua semplice dopo cinque minuti di questa insufflazione.

6. Fare delle fumigazioni di cinabro della seguente maniera: Sopra un piccolo scaldavivande bene acceso, gettare un pizzico di cinabro polverizzato e riceverne il vapore in un imbuto situato nella bocca; ripetere questa operazione cinque o sei volte di seguito, se non sopravvenisse alcuna irritazione polmonare.

Osservazione XLIX bis.

Trentaquattro anni.—Malattia sifilitica contratta otto anni innanzi.—Trattamento mercuriale.—Guarigione.—Sei anni appresso, invasione d'un'angina sul principio faringea, divenuta ben tosto laringea; tosse, afonia, dolore del laringe.—Ortopnea, trattamento mercuriale; salivazione.—Guarigione rapida.

M... d'anni 34, di mestiere gallonara, entrò all' ospedale il 19 luglio 1836.

Questa donna contrasse nel 1828 una malattia venerea caratterizzata da ulcere che disparvero dopo un mese, e da buboni che durarono tre mesi. Il trattamento consistette nell'amministrazione del liquore di Van Swieten, che fu preso per il corso di sei settimane. La guarigione parve compiuta sino al 12 novembre 1834, epoca in cui M... partorì felicemente.

Il quinto giorno dopo il parto, sopravvenne un' angina faringea poco grave che durò un mese, e fu seguita di pungimenti al laringe, e da frequentissimi assalti di tosse. Nel tempo stesso il laringe divenne la sede d' un vivo dolore; questi accidenti furono accompagnati da una raucedine la quale, dopo un mese, degenerò in un' afonia perfetta.

Da allora in poi, tutti questi sintomi non han cessato d'esistere.

Si fecero nel corso di maggio 1835 quattro salassi, applicaronsi successivamente settantacinque sanguisughe alla gola, e tre vescicatorj alla parte anteriore del laringe e sopra i suoi lati. Questi diversi mezzi furon senza alcun risultato; anzi l'inferma affermava che, durante questo trattamento, la tosse era divenuta più intensa e più frequente.

Il figlio di M... presentò, tre mesi dopo sua la nascita, delle pustole alle parti genitali e alle natiche, che il medico del burò centrale riguardò come sifilitiche.

La madre e il figlio furono ammessi all' ospedale dei venerei, dove il sig. Ricord confermò il giudizio del medico del burò centrale sulla natura dell' eruzione cutanea del fanciullo. Furono le pustole asperse di calomelano, si fecero al piccolo infermo delle lozioni col cloruro di sodio: dopo tre settimane fu egli guarito e d' allora in poi la sua salute si è conservata buona.

La madre non fece, all'ospedale dei venerei, alcun trattamento.

Stato attuale (19 luglio 1836). Afonia perfetta che contava venti mesi. Quando l'inferma parlava, e riprendeva fiato, udivasi l'aria fischiare attraversando il laringe, come se questo condotto fosse troppo stretto. Il camminare, anche lentissimo, cagionava una grande difficoltà di respiro e un sibilo laringeo considerevole.

La regione del laringe era alquanto dolorosa; la tosse frequente, l'espettorazione filante, mucosa, trasparente.

Nessun dolore al faringe; nessuna difficoltà all' inghiottire.

Il collo, da tre mesi, era gonfio, a segno che l' inferma era stata costretta d'allungare di tre pollici un collare che ella abitualmente portava.

Il petto, esplorato con attenzione, pareva illeso.

Lo stato generale era ottimo; esisteva intanto una febbre continua.

Trattamento. Due volte al giorno, frizione sul collo con un grosso di pomata composta di

Unguento napolitano, 8 parti;
Estratto di belladonna, 2 parti.

22 luglio. Eravi un piccolo miglioramento; si sospesero le frizioni sul collo. Si prescrisse mattina e sera una pillola che conteneva un sedicesimo di grano di proto ioduro di mercurio; frizioni, mattina e sera, sulle braccia e sulle coscie, con quattro grossi d'unguento napolitano per ciascuna frizione; bagno con addizione d'un'oncia di sublimato.

25 luglio. La tosse era quasi interamente cessata. Le gengive cominciavano ad affettarsi: si sospesero le frizioni.

26 luglio. L'inferma poteva camminare senza oppressione nè sibilo; l'infiammazione delle gengive ci persuase a non più insistere sopra un trattamento mercuriale così attivo; solamente si continuarono le pillole.

27. Ella parlò per più d' una mezz' ora senza anelito, senza tosse e senza sibilo.

Lo stesso trattamento.

28. La voce era divenuta più chiara; noi inducemmo l'ammalata a mandare un grido; ella lo fece con sufficiente forza e chiarezza. Il giorno innanzi camminò con facilità senza affannarsi; la tosse erasi interamente dileguata. La salivazione continuava.

Lo stesso trattamento.

29. Lo stesso stato. Olio di ricino once due.

1 agosto. La circonferenza del collo erasi diminuita di un pollice. L'inferma potè ieri salire, correndo, la scala del primo piano dell'Hotel-Dieu, senza soffrirne oppressione.

Il figlio dell'inferma, che ci fu mostrato in quel giorno, non ci offerse alcun sintomo che potesse farci sospettare l'esistenza del vizio sifilitico.

5. agosto. La voce era del tutto naturale.

7. agosto. Tutto andava bene, all'infuori delle gengive che proseguivano ad essere dolorose. Pria di finire il mese, sortì ella dall'ospedale perfettamente guarita.

Osservazione XLIX ter.

Malattia cronica del laringe probabilmente sifilitica.

Madamigella Basinet, d'anni 24, nata a Saint-Menehould, dove aveva abitato per tutta la sua vita. All'età di sette anni, le si manifestò alla gamba sinistra un'esostosi molto considerevole, ch' ella attribuiva ad un colpo. Gonfiamento dell'osso, senza suppurazione, senza rossezza alla pelle; questi sintomi durarono per lo spazio di sette anni. Il dolore era più forte la notte che il giorno; l'inferma sovvenivasi che tosto che mettevasi a letto, era costretta di rialzarsi, tanto il dolore era acuto.

All'età di quattordici anni, le si svilupparono le regole, e i dolori cessarono; ma l'esostosi restò nel medesimo stato.

Il solo trattamento messo in uso fu un empiastro di cicuta, che l'inferma tenne applicato per lo spazio d'un anno senza alcun sollievo.

La salute si conservò buona (astrazion fatta dell'esostosi la quale non cagionava alcun dolore) sino all'età di ventidue anni. A questa età comparve una diarrea cronica che durò due anni e guarì dopo un gran numero di trattamenti; immediatamente dopo la guarigione, sopravvenne un dolore di gola, il quale persistette per diciotto mesi senza che si facesse verun trattamento; questo mal di gola durava un mese, cedeva per quindici giorni, per poi ricomparire e dileguarsi di nuovo.

In dicembre 1833, divenne continuo e molto più violento.

L'ammalata, non vide alcun medico e non consentì ad

esser curata che il 10 aprile 1834. Eravi allora al palato un' ulcerazione rotonda. Un mese dopo svilupossi al velo palatino una nuova ulcerazione che minacciava di distruggerlo quasi interamente.

Cloruri alcalini. Nitrato d' argento. Iodio, senza alcun miglioramento.

Il 28 luglio 1834 madamigella Basinet consultò un altro medico il quale prescrisse delle frizioni sul collo colla pomata mercuriale, e toccò le ulcere col creosoto.

Dopo quindici giorni di questo trattamento, le gengive erano diggià gonfie, e il gonfiamento persistette per il corso di sei mesi. Questo trattamento produsse un sollievo notabilissimo che durò quindici giorni; poi tutti gli accidenti ricomparvero con una nuova violenza. L'inferma consultò in novembre 1834 un altro medico, il quale cauterizzò la gola col nitrato acido di mercurio. Dopo sei settimane, guarigione compiuta. Non fecesi trattamento generale. Siccome le regole erano da cinque mesi soppresse, si amministrarono delle preparazioni di ferro, e le regole in gennaro 1835 ricomparvero.

Ottima salute da gennaro 1835 sino in settembre.

In aprile, il primo giorno che aveva cominciato a far' uso dell'acqua ferrata, madamigella Basinet si accorse che la sua voce era rauca. La raucedine crebbe insensibilmente, e in dicembre 1835 l'afonia divenne assoluta.

A questa epoca stessa, la deglutizione ricominciò ad essere dolorosa, senza che per altro si vedesse alcuna alterazione sulle amiddale; l' inferma cominciò anche a tossire, e da allora in poi la tosse più non cessò

Manifestossi, inoltre, un accesso di soffocazione che durò tre giorni, e cedè a un salasso, all'applicazione di un vescicatorio alla parte anteriore del collo e ad alcuni purgativi.

Questo miglioramento durò sei settimane.

In maggio 1836, frizioni sulla lingua col cloruro d'oro. Questa medicazione fu continuata per trentanove giorni, ciò che indebolì tanto l' inferma ch' ella non poteva più sostenersi. La soffocazione ricomparve dopo questi trentanove giorni, val adire il 20 giugno 1836 e andò crescendo con un'intensità sempre maggiore, talmente che, il 18 luglio, l'inferma fu sul punto di perir d' asfissia. Un salasso del braccio, un piediluvio coll'acido idro-clorico, calmarono gli accessi. Nulladimeno, toccossi il laringe col nitrato

d'argento. Tali toccamenti arrecarono per due giorni un qualche sollievo, poi divennero inefficaci.

Siccome la soffocazione andava crescendo, il dottor Carré, non vedendo altra risorsa che la tracheotomia, inviò l'inferma a Parigi presso di noi.

Ella giunse il 22 luglio 1836.

Allorchè entrò nel nostro gabinetto, ella aveva la respirazione sibilante, difficile, lenta, profonda, pareva essere, in somma, nell'imminenza dell'asfissia.

Noi la dirizzammo immediatamente alla casa di sanità del signor Pinel a Chaillot, e andammo l'indomani a visitarla.

23. Lo stesso stato. Due pillole di un ottavo di grano ciascuna di proto-ioduro di mercurio da prenderle una la mattina e l'altra la sera; una frizione sulle coscie con quattro grossi d'unguento napolitano doppio.

24. Nessun cangiamento. La stessa medicazione.

25. Un poco meno di difficoltà nella respirazione. Le gengive cominciavano ad esser dolorose. Lo stesso trattamento. Insufflazione nel laringe con una polvere composta d'un grano di nitrato d'argento per un grosso di zucchero. Frizioni sulle gengive con alume in polvere.

Fecesi prendere a guisa di tabbacco un miscuglio di 6 grani di precipitato rosso per un grosso di zucchero in polvere, e ciò perchè esistevano da due anni e mezzo delle croste nel naso.

26. *Lo stesso trattamento.* La mattina, la respirazione era molto più facile; s'imbarazzò la sera, ma meno di quanto soleva da cinque settimane.— Lo stesso trattamento.

27. Miglioramento notabile. Non erasi da cinque settimane trovata l'inferma così bene; inghiottiva con molta facilità; le gengive erano più dolorose; lo stesso trattamento.

28. Le gengive erano alquanto più gonfie di jeri, le amiddale un poco dolenti. Il sibilo del laringe era molto minore del giorno avanti. Intanto l'inferma non poteva ancora liberamente respirare. Continuazione dello stesso trattamento.

30. Da jeri mattina la respirazione erasi perfettamente ristabilita. Il sibilo era cessato del tutto. Poteva l'inferma inghiottire i liquidi senza tossire, ciò che non aveva potuto fare per l'innanzi. Le gengive erano molto gonfie e

dolorosissime. Niuna salivazione, nessuna tosse sin dal giorno 28. La voce fecesi sentire con un tuono alquanto rauco per alcuni minuti; si sospesero le frizioni; si continuarono le pillole e le insufflazioni.

1 agosto. Le narine erano da jeri quasi interamente libere. La respirazione era del tutto facile, anche in un esercizio assai violento. La salivazione minore; le gengive sempre dolorose.

L'esostosi delle gambe aveva molto diminuito. Continuazione delle insufflazioni nelle fosse nasali, e delle pillole di proto-ioduro di mercurio.

Niun dolore laringeo nei movimenti di deglutizione.

10 agosto. Erasi continuato sino a questo giorno il proto-ioduro solamente. Le gengive eransi sgonfiate, la lingua aveva cessato d'essere dolorosa.

Da quattro giorni, eravi di tempo in tempo, e soprattutto la mattina, della fonazione: era un tuono grave e rauco, ma non durava lungamente, soprattutto se l'inferma sforzavasi per accrescerne l'intensità.

Non eravi più oppressione sensibile, e le regole erano ricomparse jeri 9 agosto, a due ore.

Continuazione delle pillole di proto-ioduro. In questo giorno, una sola insufflazione.

28 agosto. Nessun cangiamento, all'infuori che la tosse e la espettorazione erano interamente cessate da una settimana; cauterizzammo l'epiglottide e la parte superiore del laringe con una soluzione di nitrato d'argento nella proporzione d'un quinto.

Un giorno, praticando questa cauterizzazione, nell'abbassare fortemente la base della lingua per mezzo di un cucchiaio ricurvo, ci fu facilissimo di scoprir l'epiglottide profondamente divisa da alto in basso da un'ulcera considerevole, la quale era dentellata sopra i suoi bordi come una cresta di gallo. Era perciò chiaro che l'ulcera era se non interamente guarita, almeno avviata del tutto alla cicatrizzazione; noi la cauterizammo a più riprese. Continuazione delle pillole di proto-ioduro.

La deglutizione non faceva soffrire affatto alcun dolore. L'inferma non inghiottiva più di traverso, e riguardavasi come guarita.

Consigliammo non di meno d'insistere ancora per qualche tempo sulla medicazione mercuriale. Abbiamo di recente ricevuto notizie di madamigella Basinet, la quale continuava ad andar bene.

Osservazione L (1).

Raucedine.—Pugnimento nel larnige, poi dolore in questo organo.—Sputi purulenti.—Trattamento antiflogistico.—Miglioramento.—Ricaduta.—Comparsa di pustole sifilitiche.—Trattamento mercuriale.—Guarigione.

Adelaide G...d'anni 37, di temperamento linfatico, aveva, quindici mesi addietro, in seguito d'un parto, sofferto un poco di raucedine, dei pugnimenti nel laringe, disfagia, anoressia e tosse. D'allora in poi, questi sintomi avevano più volte comparso e disparso.

Nella prima vera del 1820, il dolore divenne fisso, la tosse abituale, la cefalalgia quasi continua. Costipazione ostinata, ed espettorazione abbondante di sputi serosi mescolati di pus. Il faringe appariva flogosato e la epiglottide ulcerata.

L'inferma entrò allo spedale. Il sig. Cloquet prescrisse dei purganti, dei piediluvj senapizzati, dei gargarismi emollienti, delle bevande rinfrescative. Praticaronsi alcuni salassi locali, e furono successivamente applicati dieci vescicatorj sulla parte anteriore del collo. Nel tempo stesso, una dieta severa.

Dopo cinque settimane di questo trattamento, sollievo grandissimo; il dolore, la tosse, la disfagia e l'anoressia erano cessate. L'espettorazione, già di molto diminuita, non sembrava più purulenta; l'epiglottide aveva riacquistato il suo aspetto naturale; ma la raucedine persisteva, e i sudori notturni impedivano lo ristabilimento delle forze.

L'inferma uscì dall'ospedale; ma dopo otto giorni, tutti gli accidenti ricomparvero, ed ella vi entrò di nuovo. Ai sintomi precedenti si aggiunsero la febbre ettica e la veglia. Il signor Fouquier, che aveva ripreso il servizio, adibì gli stessi mezzi da Cloquet adoperati, ma senza frutto,

Dopo otto giorni, la vulva ed alcuni altri punti del corpo mostrarono alcune pustole sifilitiche. Amministrossi allora un trattamento coll'unguento mercuriale a rifratte dosi all'interno, e, a capo di tre mesi, l'inferma uscì dall'ospedale perfettamente guarita.

(1) Papillon, *Recherches sur la phthisie laryngée*. Parigi, 19 maggio 1821. in-4.

Osservazione LI (1).

Dolore nel laringe. — Raucedine.— Dispnea, poi afonia.— Disfagia.—Trattamento emolliente infruttuoso.—Soffocazione imminente.— Tracheotomia.— Guarigione.— Ricaduta dopo dieci giorni.—Comparsa di una pustola sifilitica.—Trattamento mercuriale.--Guarigione solida.

Una lavorante di toghe chiamata Emilia Bailly, d'anni ventitre, dimorante a Parigi, via del Four-Saint Germain, fu ammessa all'ospedale della Carità, il 31 dicembre 1821. Aveva ella goduto lungamente d'una buona salute, tranne alcune irregolarità nella mestruazione. Ma da pochi anni, trovavasi affetta d'una tosse secca, che diveniva più molesta allorchè davasi ad un esercizio maggiore del consueto. Erano scorsi tre mesi da che aveva risentito i primi attacchi della malattia che la costringeva a cercar del soccorso all'ospedale. Riferì che avendo passato la notte vicino ad una finestra aperta, erasi svegliata con una raucedine considerevole e un movimento febbrile. Fece ella uso d'acqua di malva e di gomma; e dopo una quindicina di giorni di questo regime, la raucedine e i sintomi del catarro bronchico disparvero; la sola voce contrasse da prima una durezza che non aveva avuta sin allora, e poco dopo, notabilmente s'indebolì. È da osservarsi che l'inferma lavorava allora al cotone. A questa afonia si aggiunse una tosse più frequente, più penosa che non per l'innanzi, ma sempre secca. Eravi ad intervalli un sentimento d'oppressione, soprattutto salendo una scala, dopo un esercizio penoso, o quando il morale era vivamente affetto. La respirazione era divenuta sonora nel tempo dell'inspirazione. Furono adibiti varj rimedj, tra gli altri le sanguisughe alla gola, i cataplasmi: ne trasse l'inferma qualche sollievo. Il 30 dicembre, i sintomi d'oppressione divennero più forti; si ricorse ai senapismi, agli antispasmodici, e all'applicazione d'un vescicatorio alla parte anteriore del collo. Sopravvennero dei vomiti bilosi, abbondanti, che sgorgarono il petto, e parvero facilitare la respirazione; la stessa sera, l'inferma

(1) Pravaz, *Recherches pour servir a l'histoire de la phthisie laryngée*, Paris, 6 aprile 1824

scoprì qualche traccia di sangue nella materia della espettorazione.

Per l'innanzi, gli sputi erano stati densi e brunicci. L'ultima mestruazione aveva avuto luogo il 27 dicembre, ed era durata due giorni. Dopo l'invasione della malattia, le forze eransi a poco a poco diminuite, ed uno stato di magrezza aveva rimpiazzato una grassezza ordinaria.

Esaminata alla visita del 1 gennaro 1822, l' inferma offriva i sintomi seguenti: dolore sui lati del collo, a livello delle grandi corna dell'osso ioide; dolore più leggiero dietro lo sterno, e profondamente nella regione dorsale, tra le due spalle; esasperazione di questo stesso dolore negli sforzi della tosse, nella deglutizione e nell'atto della parola la quale riducevasi a un susurro. L'ispezione dell'interno della bocca non mostrò nulla di particolare, tranne alcune ineguaglianze alla parete posteriore del faringe senza ulcerazione; respirazione laboriosa e sonora per l'urto dell'aria all'apertura del laringe; facilità maggiore di respirare allorchè l'inferma stava in piedi, che quando era coricata; deglutizione eseguita con uno strepito comparabile in qualche modo a quello del singhiozzo. Tosse frequentissima che tornava quasi ad ogni quarto d'ora, suscitata per altro dalle bevande e dagli sforzi che l'inferma faceva per parlare; era essa accompagnata dall'espettorazione d'una materia vischiosa, limpida, in cui nuotavano delle mucosità opache, mescolate di alcune strie sanguinolenti, e faceva sentire un suono particolare, che Fuoquier paragonava a quello del crup; di modo che a questo solo carattere si poteva presumere un'alterazione del laringe; dolore nelle orecchie, ed anche nella testa; dispnea spinta qualche volta sino alla soffocazione, e suscitata sotto l'influenza delle cause le più lievi; frequenza, piccolezza e durezza del polso; sudori notturni, perdita dell'appetito, digestioni difficili.

Nei primi tre giorni del suo soggiorno all'ospedale, si prescrisse l'acqua d'orzo, il latte, i gargarismi addolcenti, un giulebbe sonnifero, i piediluvj, e fecesi suppurare il vescicatorio applicato alla parte anteriore del collo; la costipazione era ostinata. Il 4 gennaro, soppressione del vescicatorio, per rimpiazzarlo con un altro a basso dello sterno. Ciò non ostante, niun cangiamento notabile nell'insieme dei sintomi enunciati. Il 5, respirazione più difficile, sibilante; costrignimento del laringe. La stessa prescrizione. Il 6, la costipazione continuava, la dispnea era più consi-

derevole, il turamento del laringe pareva più inoltrato. Si prescrissero sedici sanguisughe sotto la mascella. Il 7, vomiti biliosi; ebbero luogo alcune purghe nel corso della notte. Si prescrisse un grano di tartaro stibiato, l'acqua gommosa, un piediluvio. In conseguenza di questi mezzi, la respirazione divenne meno frequente, più facile, meno sonora. Fuvvi calma durante la notte. L'8 gennaro, oppressione considerevole, dolore dietro lo sterno; rossezza della faccia. Altra applicazione di sanguisughe; la dieta fu di quattro brodi e d'un latte di pollo. La sera, vomito. Il 9, otturamento quasi intero del laringe, inspirazione difficilissima, con istrepito, ortopnea, tosse, anzietà estrema, afonia. La sera, minaccia di soffocazione. La notte fu passata in un'estrema agitazione; tutti gli accidenti aumentarono. L'indomani, 10 gennaro, erano al più alto grado d'intensità. Il signor Fouquier, giudicando la soffocazione imminente, propose la tracheotomia, come il solo mezzo che potesse prolungar la vita dell'inferma. Se ne rimise per altro al signor Roux, il quale fu dello stesso parere. L'operazione ebbe luogo lo stesso giorno. Appena era stata aperta la trachea che una piccola quantità di sangue penetrò nel canale al momento dell'inspirazione. La sua presenza impediva l'aria d'introdursi nelle ramificazioni dei bronchi; l'inferma restò senza conoscenza; le arterie cessarono di battere; un pallor di morte si diffuse sul volto, il freddo guadagnò tutto il corpo. La respirazione era interrotta, i battiti del cuore non erano più sentiti. Lungi di sconcertarsi in questa critica circostanza, il chirurgo introdusse una sonda di gomma elastica nella trachea-arteria e, con aspirazioni reiterate, riuscì a togliere una parte del sangue che faceva ostacolo al passaggio dell'aria. Coll'ajuto di questo mezzo la respirazione riprese il suo giuoco, la circolazione si ristabilì; ma l'inferma rimaneva senza conoscenza. La sonda venne fissata nella trachea-arteria con cordoncini che attorniavano il collo, e l'inferma fu trasportata nel suo letto. Il resto della giornata passò in uno stato quasi disperato; fu necessario di deostruire più volte la sonda, il di cui calibro riempivasi di mucosità vischiose e aderenti. Ebbero luogo frequenti assalti di tosse. Sopravvenne la sera una febbre fortissima; la respirazione intanto era meno penosa che prima dell'operazione.

Il giorno 11, l'inferma non aveva ancora ricuperato la conoscenza; le si dava a bere con un vaso munito d'un beccuccio. Si aveva tentato di sostituire alla sonda una canula d'ar-

gento; ma, oltre che questo mezzo aveva l' inconveniente d' incomodar l'ammalata, non apprestava all'aria un accesso molto facile. Il 12, respirazione più libera; l' inferma cominciava a riconoscere le persone che l'attorniavano; la febbre era meno forte, l'aria dividevasi tra la ferita esterna e l'apertura della glottide; eravi sete e costipazione. si prescrisse l'acqua d'orzo gommosa e la dieta.

Il 13 e il 14, febbre meno forte; respirazione più libera, ed esercitata più per la glottide che per la ferita. Si prescrisse. acqua d'orzo con latte; pozione gommosa, giulebbe sonnifero, una semi-crema di riso, un latte di pollo e tre brodi.

Il 15, la piaga del laringe cominciava a restringersi, e non rendeva più alcuna mucosità; la respirazione facevasi benissimo dalla bocca; non v' erano più sudori notturni, il sonno era placidissimo. Il 16 gennaro, polso alquanto frequente. Il 17, ritorno della parola, soprattutto applicando il dito sulla ferita. Il 18, polso più debole, piccolo e poco poco frequente; ritorno dell'appetito. La ferita vedevasi chiusa e detersa. e l'inferma parlava in modo da essere intesa, senza l'ajuto del dito. Il 19, il polso era appena frequente, la respirazione placida. Il 20, un poco di tosse. Il 21 la febbre era quasi estinta; la costipazione fu combattuta coi clisteri. Accordossi un poco di nutrimento. Il 22, nessuna tosse nè espettorazione. Il 23, l'afonia erasi dissipata. Nei giorni seguenti il dolor della gola disparve, le forze ritornavano, la cicatrizzazione progrediva. Il 31, sortì pochissima aria dalla ferita. Si toccarono le carni esuberanti col nitrato d'argento. L'inferma aveva dell'appetito; la sua respirazione era perfettamente libera. Il miglioramento faceva ogni giorno progressi. Il 6 febbraro, la ferita poteva dirsi guarita; fu accresciuta la quantità degli alimenti senza risultarne alcun inconveniente. Il 14 febbraro, la fistola aerea era chiusa, e la voce ritornata, ma meno chiara che per l' addietro. Il 15, l' inferma sortì dall' ospedale, raccomandandole di ritornare di quando in quando per assicurarci se la malattia sarebbe senza ricaduta.

Emilia Bailly restò otto o dieci giorni circa in sua casa senza soffrir alcun accidente; tutto portava a credere che la guarigione era perfetta. Scorso questo tempo, ella andò a presentarsi al signor Fouquier, lagnandosi di risentir ancora qualche difficoltà nella respirazione, del do-

core e dei pugnimenti alla gola, della tosse, del malessere, e dell'agitazione nel corso della notte. Ella ritornò una selonda volta; e siccome gli accidenti avevano sempre aumentato, le si consigliò di rientrar all' ospedale; ciò che ella fece il 1 marzo. Portava allora alla commessura manca delle labbra una pustola prominente, larga, in parte ulcerata, in parte coperta d' una crosta che fece sospettar l'esistenza del virus sifilitico. Altre pustole erano sparse in gran numero sul cuojo capelluto. Alcune inchieste dirizzate all'inferma fecero conoscere che aveva, cinque anni addietro, sofferto una malattia venerea, per la quale erasi consigliata col signor Cullerier; che aveva eseguito un trattamento conveniente per il corso di alcune settimane, e che, trovandosene benissimo, non aveva insistito, nella persuasione che la guarigione fosse compiuta. Queste informazioni, appoggiate dai sintomi che si offrivano, non lasciarono alcun dubbio sulla natura della malattia, e fecero sospettare che l'ulcerazione del laringe potrebbe avere delle connessioni con essa. In conseguenza, fu deciso di amministrarsi il liquore di Van-Swieten e lo sciroppo sudorifero. Nei primi giorni, l' inferma se ne trovò benissimo; pareva, l'8 marzo, che avesse ricuperato un poco la voce, e che la difficoltà del respiro fosse meno risentita. Il 10, una tosse un poco più forte del solito fece sospendere il liquore e lo sciroppo, che furono rimpiazzati con pillole d'unguento napolitano. Il nuovo modo di trattamento non ebbe sulle prime alcun inconvenlente. A poco a poco la pustola della commessura delle labbra si abbassa, piglia un aspetto più vermiglio e si restringe. Il 18, la voce era ricomparsa, l' oppressione diminuita, l' ispirazione non facevasi più con molto sibilo.

Il 20 la voce si ristabilì; gonfiamento della guancia destra, principio di salivazione (venti sanguisughe sotto la mascella, cataplasmi, gargarismi coll'acqua di malva, pozione gommosa, cinque brodi).

Il 22 marzo, purgativo colla manna; la salivazione era violenta; eranvi ulcerazioni nella bocca. Il 23, bagni di vapore per combattere la salivazione. Il 25, ai mezzi già indicati, si aggiunse un clistere purgativo; i sintomi venerei si dileguarono. Il 26, si ebbe occasione di comprovare il felice effetto del bagno di vapore amministrato contro la salivazione. Il 28, il gonfiamento alla guancia era minore. Il 29, erasi domata la salivazione; l'inferma sof-

friva appena. Il 31, la salivazione fu del tutto frenata.

Il 5 aprile, la voce era ristabilita; l'inferma trovavasi in grado di riprendere il trattamento col liquore di Van-Swieten e lo sciroppo di Cuisinier, che fu continuato senza interruzione. I sintomi d'infezione venerea eransi già dileguati; lo stesso poteva dirsi di quelli che dipendevano dall'alterazione del laringe. Così l'afonia era cessata; facile era la respirazione; non esisteva più alcun dolore al laringe. Non eravi più nè tosse nè espettorazione, non febbre, non sudori. Il sonno era tranquillo; le funzioni digestive avevano ripreso la loro attività; le forze crescevano di giorno in giorno.

Il 12 aprile, ricomparvero le regole, dopo una soppressione di più mesi. Il 13 l'inferma volle lasciar l'ospedale, malgrado le rimostranze che le furon fatte sull'incertezza della sua perfetta guarigione. Promise che continuerebbe per qualche tempo l'uso dei mercuriali. Dopo questa epoca, il dottor Truchon ha avuto l'occasione di vederla più volte, e sempre in istato di buona salute.

Tisi laringea cancerrosa e tubercolosa. Non abbiamo nulla a dire del trattamento di queste specie di tisi laringee. È troppo evidente ch'esse sono del tutto al di sopra delle risorse dell'arte. Qui il solo scopo che potremmo proporci si è d'arrecare qualche sollievo all'infermo; e spesso, negli infelici attaccati di queste crudeli affezioni, siamo obbligati, allorchè la soffocazione è imminente, di praticar la *tracheotomia*, trista risorsa la quale non è allora che un mezzo di prolungar l'agonia.

Tracheotomia. Ma qualunque sia la forma della tisi laringea, allorquando la tumefazione della membrana mucosa e del tessuto cellulare sotto-stante sia andata al punto di non più permettere ad una sufficiente quantità d'aria d'introdursi nei polmoni, la morte sarebbe imminente se non si aprisse alla respirazione una via.

Il primo mezzo che offrivasi allo spirito era il cateterismo del laringe, ed Ippocrate proponeva di servirsi di tubi cavi che introducevansi dalla bocca sin nelle vie aeree (1). Questo metodo fu esclusivamente adibito dai medici che lo seguirono sino ad Asclepiade il quale fu il primo a proporre l'incisione della trachea, secondo un metodo di cui parleremo fra breve.

(1) *De morb.*, lib. III, cap. 10.

Desault (1) chiamò di nuovo l'attenzione sul modo di procedere d'Ippocrate che caduto era in disuso; ma disse espressamente che non era applicabile che nei soli casi di angina faringea, allorquando l'infiammazione non aveva attaccato il laringe o la trachea, dappoichè, in quest'ultimo caso, oltre la difficoltà che si incontrerebbe a introdurre la sonda in mezzo a tessuti così tumefatti, la presenza di questo strumento susciterebbe un'irritazione ancor più viva di quella già esistente. A torto adunque Boyer (2) biasima questa pratica di Desault, senza far menzione delle restrizioni giudiziose appostevi dal chirurgo dell'Hotel-Dieu.

Presenteremo noi qui alcune riflessioni le quali, lo speriamo almeno, convinceranno i medici dell'inutilità, per non dir altro, dell'introduzione delle sonde nel laringe.

E primieramente, le disposizioni anatomiche delle parti, le loro incurvature relative, non permettono d'introdurre, e soprattutto di mantener nel laringe che sole sonde flessibili. Queste sonde sono di gomma elastica. La natura stessa della malattia per la quale vengono applicate, esige che l'operazione sia fatta prontissimamente, atteso che, in caso diverso, sopravverrebbe al momento la morte per asfissia. Se dunque si prende una sonda più larga della apertura ristretta del laringe, si avrà un ostacolo a vincersi; or un ostacolo di tal genere non può esser vinto che col tempo e non già con la forza; e se l'estremità del catetere resti impegnata per soli due minuti nella glottide, la morte per asfissia sarà inevitabile.

Abbisogna dunque una sonda d'un calibro medio, del n. 10 o 12 al più. È necessario che la sonda sia ottusa, e non fessa affinchè la sua introduzione si faccia con facilità. Il passaggio dell'aria avrà dunque luogo per gli occhi della sonda. La più piccola mucosità li ostruisce od ottura il calibro dello stromento; questo, calcato fortemente dall'ostacolo del laringe, urtato dalle scosse della tosse, dai movimenti di deglutizione, dagli sforzi del vomito, si appiana, cangia di forma, e diviene un ostacolo di più al passaggio dell'aria.

Riggettiamo noi dunque assolutamente il cateterismo delle

(1) *OEuvres chirurgicales*, tomo II, pag. 251.
(2) *Traité des maladies chirurgicales*, terza edizione, tomo VII, pag. 127.

vie aeree nel caso di tisi laringea, e pensiamo che in questo caso estremo, non siavi altra via di salvezza per l'infermo che d'aprire il condotto aereo.

Asclepiade, il primo, propose di praticare, nei casi estremi, un'apertura nella trachea. Nella credenza in cui era che la riunione degli anelli di questo condotto non poteva operarsi quando erano stati divisi dallo stromento tagliente, voleva che l'apertura fosse praticata trasversalmente e nell' intervallo che separa due anelli cartilaginei. Celio Aureliano, il quale parla di questa operazione, la riguarda come del tutto chimerica, ed anche come criminosa... Oggi, è stata tante volte reiterata con successo, che abbiamo noi motivo di stupirci dei timori che essa aveva fatto nascere nello spirito dei medici dell'antichità; timori che si spiegano, per altro, per l'ignoranza dove essi erano sopra molti punti d'anatomia e di patologia.

La tracheotomia non era stata, sino ai nostri giorni, praticata che pei casi di malattie acute del laringe, per estrarre dei corpi stranieri, o per rimediare ad accidenti immediati cagionati da ferite dell'organo della voce.

Desault è il primo che abbia bene stabilito le indicazioni della tracheotomia nella tisi laringea; ma non avealа egli praticata. Dopo di lui, quasi tutti i medici che occuparonsi sia dell'edema della glottide, sia delle flemmasie croniche del laringe, la consigliarono come mezzo estremo. Ma questa operazione, fatta sulle prime senza metodo, non riuscì; e solo ad una epoca a noi vicinissima, videsi l'operazione ben fatta, e le vie naturali rimpiazzate dall'introduzione di una sonda a permanenza. In questa memoria, abbiam rapportato sedici casi di tracheotomia. Cinque ci appartengono: osserv. n. 1, 31, 18, 56 e 57. Gli altri undici ai signori Fourney (osserv. 22), Bulliard (osserv. 33 bis.), Roux (osserv. 51) Lawrence (osserv. 52), Marshall (osserv. 53), Porter (osserv. 54), Goodeve (osserv. 55), Carlo Bell (osserv. 58), Senn (osserv. 59), e Purdon (osserv. 60 e 61).

La prima osservazione capitale d'introduzione d'una sonda a permanenza nella trachea, per rimediare ad una obliterazione del laringe, è stata riferita dal sig. Goodeve (1). Ei cita Price il quale portò per dieci anni una canula nella trachea; ma non dice il nome del chirurgo che praticò l'operazione, e che fu certamente anteriore a Lawrence e a

(1) *London Medical and phis. journal.* July 1826.

Carlo Bell, i quali, nel 1815, si servirono dello stesso modo di procedere per rimediare all'asfissia prodotta da una tisi laringea. Poi, per ordine di data, Marshall nel 1817, Roux e Porter nel 1821, Bulliard nel 1824, Goedeve nel 1825, Senn di Ginevra nel 1826, Purdon nel 1831 e 1833, noi finalmente nel 1834 e 1835, Fourney nel 1835 e 1836.

Diremo qui alcune parole del modo operatorio e di certe circostanze che la nostra esperienza personale ci ha permesso di apprezzare. Oggi, abbiamo diggià praticate settantotto tracheotomie, cioè settantatre per casi di crup, e cinque per casi di tisi laringea. È impossibile che in un così gran numero d'operazioni, non siensi presentati certi accidenti, certe circostanze che ci han permesso di modificare i modi di procedere e gli stromenti comunemente adibiti.

Non diremo noi nulla del primo tempo dell'operazione, il quale si valuta dal momento in cui la pelle è divisa sino a quello in cui la trachea-arteria e la cartilagine cricoide son poste a nudo. Faremo solamente osservare che, se la legatura, o piuttosto la torsione delle arterie che si rincontrano, è imperiosamente comandata, non è lo stesso delle vene. Questi vasi si lacerano allo spesso sotto il ferro e sotto il filo, e per altro, la loro sezione non arreca giammai grave accidente, salvo che non sieno d'un calibro smisurato; in questo caso bisogna evitarle o legarle. Scoperta già la trachea, si fa in essa una prima punzione, e sull'istante si mette il dito sopra questo buco. Il chirurgo s'arma d'un bistorì bottonato, incide in basso e in alto quanti anelli cartilaginei crede necessario, il dito vien anche immediatamente collocato sopra quest'apertura, onde impedire che il sangue s'ingolfi nella trachea. Afferrando allora colla mano destra il dilatatore, di cui abbiam dato la descrizione e il disegno nel secondo volume del Giornale delle conoscenze medico-chirurgiche, tomo 2, pag. 4, toglie il dito della mano manca che chiudeva l'apertura della ferita tracheale, e introducendo rapidamente le due branche del dilatatore, le apre in modo da fare spalancar le labbra della ferita.

L'infermo allora è posto immediatamente a sedere, e all'istante stesso si introduce la canula.

Questa canula deve esser lunga e d'un grosso calibro.

Tosto che la canula è introdotta, divien essa un punto di compressione inflessibile; e, se l'emorragia venosa per-

sista, ciò che sventuratamente è comunissimo negli adulti attaccati di tisi laringea, potrassi turar la piaga comunque forte si voglia, che l'aria passerà sempre colla medesima libertà dalla canula.

Ostinandosi, al contrario, a non collocare la canula che quando la emorragia venosa è arrestata, sarebbe necessario legar un grandissimo numero di vasi, ciò che richiede lungo tempo, ed è allo spesso impossibile; e frattanto, accrescimento dei fenomeni d'asfissia, e, per conseguenza, continuazione dell'emorragia venosa, la di cui più efficace cagione è senza alcun dubbio l'ostacolo della respirazione.

Subito che tutti gli accidenti saranno calmati, che l'infermo avrà reso coll'espettorazione tutto il sangue ch'erasi introdotto nei bronchi, verrà situato nel letto, si ravvicineranno, con gli agglutinativi, le labbra della ferita al di sotto dell'incisione della trachea, e si ricuoprirà il tutto con una rotella di diachilon, traforata nel suo centro per lasciar passare la canula; questa rotella verrà mantenuta in sito coi cordoncini che servono a fissare la canula.

Non rimarrà più ora che togliere le mucosità che si accumuleranno nella canula; questo nettamento si farà per mezzo d'un picciolo spazzatojo di crino, costruito esattamente sul modello degli spazzatoi d'artiglieria. La canula verrà cambiata tutte le volte che la difficoltà della respirazione ne farà sentire le necessità.

Metteremo ora sotto gli occhi del lettore alcune osservazioni che faranno chiaramente vedere le risorse preziose che ci offre la tracheotomia.

Osservazione. LII (1)

Raucedine, conseguenza di sforzi di voce abituali.—Dispnea. —Soffocazione imminente.—Tracheotomia.—Guarigione in ventotto giorni.

David Jones, d'anni 53, merciaio di varii articoli che vendeva per le strade, fu preso di raucedine il 24 giugno 1815; la sua voce era spiacevolissima, e nel mandarla fuori ci risentiva un leggiero dolore nella gola. Nulla soffriva d'altrode, abbenchè avesse giudicato a proposito di sospendere

(1) *Medico-Chirurgical transactions*, vol. VI.

le sue occupazioni ordinarie per prendere una medicina. Il 7 luglio, cominciò a sperimentare della difficoltà al respiro, l'inspirazione facevasi con uno strepito particolare, e la voce era ridotta ad una specie di susurro. Fu salassato e purgato il giorno 8. Il 12 sentissi più male; la difficoltà di respiro era sì grande, e così forte l'anzietà, che sua moglie lo paragonava a qualcuno che divien folle; agitandosi e camminando continuamente, diceva che la difficoltà del respiro era il suo solo male, e che se potevasi togliere l'ostacolo che sentiva nella gola, sarebbe guarito. Prese un emetico il di cui effetto produsse qualche sollievo. Fu applicato un largo vescicatorio sul petto, ed un altro attorno del collo. La difficoltà del respiro andava sempre crescendo, mal grado l'azione dei vescicatorj, ed imminente era il pericolo della soffocazione. Fu inviato all'ospedale di San Bartolomeo, dove il dottor Lawrence lo vide a sei ore della sera. La dispnea era estrema; ciascuna inspirazione non facevasi che col concorso di tutti i muscoli, e con uno strepito che giungeva a sentirsi nel cortile dell'ospedale. Seduto sul suo letto, tentava ogni mezzo per aver un poco d'aria, agitato dal timore di una soffocazione prossima, la quale pareva inevitabile, se non si giungesse a soccorrerlo. Il sudore grondava da tutto il suo corpo; il polso dava centoventi pulsazioni, ed era forte, pieno ed intermittente. La deglutizione facevasi senza stenti; la dilatazione del petto non era accompagnata da verun dolore; eravi un poco di tosse, suscitata dal colamento d'un muco senza colore che veniva dal laringe. Il dottor Lawrence, pensando, dietro tutte queste circostanze, che l'affezione era limitata all'apertura del laringe, e che il pericolo dell'infermo proveniva da un ostacolo meccanico alla respirazione, ostacolo che non potendo essere dissipato con prontezza dai salassi e dagli altri evacuanti, abbenchè fossero bene indicati dallo stato del polso, determinossi a praticare la laringotomia.

Un'incisione longitudinale venne fatta sopra la cartilagine cricoide e la parte superiore della trachea-arteria; ne furono allontanati i bordi in un'estensione sufficiente per dar passaggio all'aria. Lo stato della pelle, escoriata dai vescicatorj, la profondità delle parti in un collo grosso e corto, i movimenti rapidi del laringe e l'introduzione del sangue in questo tubo, resero difficilissima l'operazione. Due piccole arterie furono aperte; una di esse fu legata; ma l'altra non potè esser presa, perchè trovavasi nascosta

sotto la cartilagine cricoide : fu dunque lasciata aperta, e l'infermo venne inclinato in avanti, affinchè il sangue non potesse cadere nella trachea-arteria. La respirazione facevasi facilmente a traverso l'apertura artificiale ; l'anzietà aveva cessato, la pelle era divenuta fresca, e il polso più molle. L'infermo addormentossi ; ma riposò poco nella notte. Gli si prescrisse una mistura salina con piccole dosi di tartrato d'antimonio.

Il polso, per due o tre giorni, restò frequente e intermittente, senza essere febbrile. La respirazione facevasi interamente dalla ferita, e per conseguenza la voce era nulla. Una grande quantità di mucosità purulente colava dalla stessa apertura.

Il 21, il ristabilimento era abbastanza innoltrato perchè l'infermo potesse alzarsi. Ravvicinando i tegumenti ch'erano stati incisi, ei poteva respirar dal laringe, ed anche parlare, sebbene con qualche difficoltà, ciò che rendeva necessario di mantenere ancora l'allontanamento dei bordi per un poco di tempo. Il 5 agosto fu l'ultimo giorno in cui l'aria passò per la ferita, la quale videsi il 10 interamente cicatrizzata, e l'infermo uscì dall'ospedale perfettamente ristabilito, se non che persisteva ancora un poco di raucedine.

È difficile il dire se la malattia di cui sonosi letti i dettagli appartenga realmente alla tisi laringea. Ed in vero, vedemmo che per il suo andamento rapido, produsse più prontamente la soffocazione che non è solito avvenire nella tisi laringea semplice. Bayle avrebbe riguardato questo caso come appartenente *all'edema della glottide.* Vedemmo in fatti che l'inspirazione era più difficile che l'espirazione, ciò che per Bayle era un carattere quasi patognomonico di angina laringea edematosa. Del resto, questa osservazione conferma appieno ciò che dicemmo alla fine del nostro paragrafo sui rapporti dell'angina edematosa colla tisi laringea. Vedemmo in fatti che sul principio, e sino a che la trachea fosse aperta, non colarono dalle parti affette che mucosità senza colore; ma esse si tinsero in seguito di sangue e presero il carattere purulento. Non potrebbesi conchiuderne che l'ulcerazione del laringe sia stata la conseguenza del preteso edema della glottide?

Osservazione LIII (1).

Raucedine.—Tosse.— Dispnea.— Afonia.—Disfagia.—Soffocazione imminente.—Tracheotomia.—Trattamento mercuriale abbenchè non vi fosse sospetto di sifilide.— Salivazione.—Guarigione.

Mistriss Anna Halton, d'anni cinquantatre, abitante nei dintorni di Nottingham, fu presa, verso la fine di settembre 1817, di raucedine accompagnata d'una tosse secca. Queste indisposizioni s'accrebbero, senza altri sintomi, per il corso di due mesi, sino a che vi si aggiunse il 13 novembre una difficoltà di respirare che l'inferma riferiva ad un ostacolo situato nella gola. Ella si accorse ancora che non poteva, nell'inspirazione, far passar l'aria dalle sue narine, siccome al consueto. Nei due mesi che seguirono, la raucedine, la tosse e la dispnea continuarono ad accrescersi, e, verso il principio di febbraro, la deglutizione divenne anch'essa difficile. Nel principio di marzo sviluppossi, al di sopra della parte superiore della cartilagine tiroide, un tumore che eguagliava il volume d'un uovo di colomba, con accrescimento della dispnea e della disfagia. Fu adibito un linimento, che fece diminuire il tumore, del pari che la difficoltà d'inghiottire e di dormire. Intanto, non tardarono i sintomi ad aggravarsi di nuovo, e divennero di giorno in giorno più fastidiosi sino al mese d'agosto.

Durante il corso di questa malattia, mistriss Halton riferiva costantemente la causa della dispnea al ristrignimento della parte superiore del laringe. Ella era stata sempre affetta d'una tosse che faceva sentire un suono particolare simile a quello che si osserva nel crup. Sul principio fu secca, ma in appresso era seguita dall'espettorazione di un muco vischioso, tinto qualchevolta di sangue. La dispnea era arrivata al punto d'impedire il sonno, o, se l'inferma addormentavasi, era risvegliata di soprasalto da un sentimento di soffocazione che non permetteva più la posizione orizzontale. In ultimo luogo, era ella obligata, durante l'accesso di avvicinarsi alla finestra aperta, spinta a far ciò da una anzietà inesprimibile.

Mistriss Halton si diresse al dottor Marshall il 15 agosto 1818. La raucedine era allora così grande, che la voce

(1) *Medico-chirurgical transaction* vol. X.

poteva appena sentirsi. L' inferma riferiva le causa della dispnea alla parte superiore del laringe; era per altro evidente, dallo strepito della respirazione e dal carattere particolare della tosse, esser là, realmente, la sede del male. La deglutizione era molto difficile. Osservavasi una tumefazione generale ai dintorni del laringe, più sensibile però a destra che a manca. L' inferma diceva di sperimentar molta pena a salire una scala, e che non poteva respirare dalle fosse nasali. Il malessere cresceva allorchè la testa era portata in dietro. Fu introdotta una candeletta nell' esofago la quale passò senza difficoltà.

Il dottor Marshall prescrisse cinque grani di pillole mercuriali, da prendersi mattina e sera: una mezz'oncia di solfato di magnesia due volte la settimana, e quattro sanguisughe d'applicarsi negli altri giorni alla regione del laringe, con doversi provocar lo scorrimento del sangue mercè frequenti lozioni.

Il 22 agosto, i sintomi erano alquanto diminuiti; le gengive non apparivano ancora affette. Osservavasi un piccolo dimagrimento e della debolezza; l'appetito mancava. Le pillole mercuriali furono prescritte tre volte al giorno. La mattina del 24 marzo, mistriss Halton fu assalita da un accesso di dispnea di cui il dottor Marshall fu testimonio. La massima anzietà osservavasi nel contegno dell'inferma; tutti i muscoli inspiratori erano in azione. e la soffocazione pareva imminente; e se i sintomi non si fossero a poco a poco calmati, sarebbe stato necessario di praticar immantinente la laringotomia.

In un consulto col dottor Oldknow, abile chirurgo di Nottingham, fu deciso che questa operazione era indispensabile per prevenire la soffocazione di cui era minacciata l'inferma, negli accessi che le potrebbero in apppresso sopravvenire.

Il dottor Oldknow la praticò il 25 agosto nella maniera seguente. Fecesi un' incisione ai tegumenti, cominciando un poco al di sopra della cartilagine tiroide. La superficie esterna di questa cartilagine fu posta allo scoverto, in parte coll'ajuto del dito. Penetrossi allora nel laringe, con una apertura praticata al di sotto della parte la più prominente della cartilagine tiroide, e che estendevasi sino all'orlo superiore della cricoide. Quest'apertura non essendo sufficiente per la respirazione, fecesi una seconda incisione trasversale alla membrana crico-tiroidea, ma,

siccome l'ingresso dell'aria non era ancora bastantemente libero, si tolse un disco d'un ottavo di pollice di diametro alla parte inferiore e laterale della cartilagine tiroide. La respirazione divenne facile, e l'inferma sperimentò un grandissimo sollievo. I bordi dei tegumenti furono mantenuti scostati in dietro con strisce agglutinative, fissate alla nuca.

Questa operazione offrì maggiori difficoltà di quanto non se ne aspettavano, a motivo dell'impossibilità in cui era l'inferma di rovesciare la testa, atteso che questa posizione faceva crescere la dispnea. Il laringe non potè dunque esser portato tanto in avanti quanto era necessario, in guisa che l'incisione fu più estesa che nol sarebbe stata senza questa circostanza, e si corse pericolo di ferire la glandola tiroide, la quale elevavasi più del consueto, e toccava quasi la cartilagine cricoide; nè si avrebbero potuto incidere i primi anelli della trachea arteria senza interessare questa glandola e cagionare un'emorragia. L'introduzione d'una sonda bastò per mantenere la respirazione e prevenire gli accessi di tosse convulsiva che rendevano lo stato della inferma così allarmante. Godè ella di un profondo sonno nella seguente notte, ciò che non l'era stato da lungo tempo concesso. La deglutizione continuò ad essere difficile ed a provocar della tosse, nei primi 6 giorni che seguirono. Questa tosse distaccava un muco vischioso che usciva a traverso l'apertura praticata al laringe. La voce era interamente perduta.

Il giorno dell'operazione, in vece delle pillole mercuriali, si prescrissero delle frizioni con mezzo grosso d'unguento mercuriale mattina e sera; e fu anche amministrato l'olio di ricino per aprire il ventre.

Il 28, la bocca cominciò ad essere attaccata, e poco appresso mistriss Halton sperimentò una diminuzione sensibile de la difficoltà d'inghiottire.

Applicando il dito sull'apertura fatta al laringe, onde intercettare il passaggio dell'aria, si vide che l'ostacolo il quale opponevasi alla respirazione per le vie naturali era diminuito; l'aria penetrava anche più facilmente per le fosse nasali

Questo miglioramento andò sempre crescendo, e il 5 settembre, l'apertura artificiale del laringe era così prossima a chiudersi, che dopo le nausee e i vomiti prodotti dall'olio di ricino, l'aria sola continuava a passarvi; e il giorno

11, era già perfettamente obliterata. La respirazione era libera, facile la deglutizione, e la voce cominciava ad essere distinta. Il miglioramento progredì, e la bocca divenne estremamente affetta. L'unguento mercuriale fu allora amministrato con maggiore discrezione.

Il 22, alla visita del dottor Marshall, l'inferma era seduta nel suo letto; respirava con tutta libertà; non aveva avuto dopo l'operazione alcun accesso di dispnea; la deglutizione era facile; la voce, la quale non consisteva per l'avanti che in una specie di susurro, era divenuta rauca; l'aria passava facilmente per le fosse nasali. L'inferma non era stata mai così bene; solamente, sperimentava una qualche pena a parlare, a causa della raucedine. Durante la deglutizione, vedevasi increspare la pelle ch'era al di sopra della cicatrice, a motivo della sua aderenza colla cartilagine tiroide. La tumefazione ch'era esistita attorno del laringe erasi interamente dileguata. Esisteva appena un poco di tosse ed una leggiera espettorazione di mucosità. Le forze, l'appetito erano ritornati; l'inferma poteva stare nel letto in una posizione orizzontale; dormiva tutta la notte, la bocca era in migliore stato, abbenchè sempre affetta dal mercurio.

Il 27 ottobre, mistriss Halton essendo uscita imprudentemente dalla sua camera, ed essendosi esposta ad una corrente d'aria, prese freddo. Sperimentò immediatamente della difficoltà nella deglutizione, e perdè di nuovo la voce, che ella aveva in parte ricuperata. Ritornossi alle frizioni mercuriali, e, a misura che si riproduceva lo ptialismo, la disfagia diminuiva, e la voce ritornava al suo stato anteriore. Finalmente, due mesi dopo l'operazione, la bocca sola rimaneva affetta; la respirazione e la deglutizione erano naturali; l'appetito e lo stato generale della salute soddisfacentissimi. Raccomandossi a mistriss Halton di continuare per qualche tempo ancora le frizioni mercuriali, di portar la flanella sulla pelle, e di guardarsi accuratamente dal freddo. Il giorno 8 gennaro, il dottor Marshall seppe che il ristabilimento era perfetto.

Osservazione LIV (1).

Esposizione al freddo.—Raucedine.—Dispnea.—Salassi, vescicatorj, purgativi senza alcun risultato. — Vomitivi. — Sollievo leggiero.—Dopo sei settimane, soffocazione imminente.—Tracheotomia. Trattamento mercuriale sino alla salivazione.—Guarigione

La mattina del 2 febbraro 1821, entrando il dottor Porter all'ospedale di Meath, fu informato che un individuo di nome Michele O. Neill erasi presentato nello stabilimento con una difficoltà estrema di respiro, e che attendeva dei soccorsi. La natura della malattia era facile a conoscersi al sibilo che l'infermo faceva sentire ad una gran distanza, e che annunziava bene l'affezione delle vie respiratorie. Pareva egli dell'età di trenta anni, forte e di buona costituzione. Il suo volto era pallido e gonfio, le sue labbra livide; teneva la bocca chiusa, ma le narine erano dilatatissime, gli occhi protuberanti e quasi spinti fuori dell'orbita; ma nel tempo stesso la congiuntiva era bianca e lagrimosa; un'aria d'inesprimibile ambascia osservavasi in tutto il suo contegno; frequente era il polso, senza irregolarità; facevansi due o tre sforzi d'inspirazione per una espirazione; in una parola, lo stato di questo infelice era realmente dei più penosi a vedersi. Il sibilo della respirazione dava un'idea ben chiara del passaggio dell'aria per un'apertura ristrettissima. La voce era quasi interamente perduta, e tutti gli sforzi per parlare non producevano che un susurro appena sensibile. Interrogato sulla sede del suo male, l'infermo accennava il laringe, e pareva risentir qualche dolore allorchè premevasi sopra questa regione. Fu impossibile, a motivo della dispnea, di collocarlo in una posizione favorevole per esaminare lo stato della gola; ma tutto ciò che scorgevasi all'esterno non offriva alcuna apparenza d'infiammazione; e posteriormente, il rapporto dell'infermo fece conoscere che non aveva egli mai sofferto alcuna difficoltà nella deglutizione.

Fu difficilissimo d'ottenere informazioni sulla durata di questa malattia; si pensò in pria che cominciata fosse lo stesso giorno; ma si ebbe sospetto in seguito che datava da cinque settimane innanzi. Non potendo fissare sù di

(1) *Medico-chirurgical transactions*, 1821.

ciò la propria opinione, e diretto solamente dall' urgenza dei sintomi, il dottor Porter prescrisse sul momento un bolo composto di dieci grani di sotto-muriato di mercurio, ed un largo salasso dal braccio. Le vene dei due lati furono aperte ad un tempo, e trenta o quaranta once di sangue tratte di un sol colpo. L' infermo rimaneva in piedi; intanto, al momento in cui il sangue fu arrestato, diede qualche segno di debolezza, ma la dispnea restò la stessa.

Ogni altro modo di trattamento diretto contro l' infiammazione non offriva ora che un' eventualità tardiva di sollievo, ed intanto la vita dell' infermo non poteva, in un tale stato di soffocazione, prolungarsi al di là di poche ore. Fu, in conseguenza, deciso che la laringotomia era indispensabile, e che doveva praticarsi il più presto possibile.

Dopo un indugio di due ore, necessitato da varie circostanze, l'infermo trovavasi in una situazione molto più deplorabile: il dito sentiva appena i battiti del polso, fredde erano le estremità, il sentimento quasi annichilito e la dissoluzione pareva rapidamente avvicinarsi. Non eravi un istante da perdere. Il dottor Porter fece un' incisione di circa tre pollici di lunghezza, che cominciava un poco al di sopra della cartilagine cricoide, ed estendevasi verso lo sterno, comprendendo solamente la pelle e il tessuto cellulare sottocutaneo. Alcune piccole glandole, che impedivano di vedere le parti, vennero tolte. L' incisione allora fu spinta più profondamente, sino a che la membrana che cuopre la trachea fosse posta allo scoperto, e sempre nella direzione della linea mediana.

La trachea-arteria fu messa a nudo nell'estensione di tre quarti di pollice, facendovisi un'apertura di circa un quarto di pollice di diametro. Al momento in cui il bistorì penetrò in questo condotto, e che l'aria vi si potè introdurre, lo stato dell' infermo provò un miglioramento quasi immediato. Era egli restato immobile durante l'operazione, e pareva insensibile all'azione dello stromento. Alzossi a un tratto sul suo letto, e tossì con qualche violenza; un momento appresso si coricò di nuovo, e l'operazione fu terminata. S'introdusse un tubo d'argento nella ferita, e vi fu ritenuto con fettucce fissate nei suoi anelli. Non è possibile formarsi un'idea della prontezza e della perfezione del sollievo arrecato da questa operazione. L' infermo respirava liberamente dall'apertura artificiale, e quindi cessati erano i mo-

vimenti convulsivi dei muscoli; l'inspirazione e l'espirazione eseguivansi alternativamente in un ordine regolare.

È da notarsi che questa operazione richiese appena alcuni minuti, e quantunque l'istmo della glandola tiroide, che doveva essere piccolissimo in questo caso, fosse stato interamente diviso, non fuvvi che una leggiera emorraggia, la quale provenne da alcune vene superficiali, e non diede più di due o tre once di sangue.

Il calor naturale era assai diminuito. Diedesi all'infermo una bevanda vinosa calda; i suoi piedi avvilupparonsi nella flanella, furonvi anche applicati dei mattoni caldi, e si prescrisse un bolo di dieci grani di calomelano.

Alla visita della sera, il dottor Porter seppe che l'infermo aveva dormito un poco nel giorno; ma egli era debolissimo; la respirazione facevasi regolarmente dalla ferita; il polso, estremamente piccolo, dava cento dieci pulsazioni. Una piccola quantità di muco era stata espettorata per la canula. Interrogato l'infermo sopra ciò che soffriva, egli scrisse sopra una lavagna che sentivasi assai sollevato. Prese altri dieci grani di calomelano, e si prescrisse un purgante, nel caso in cui il ventre si terrebbe chiuso.

Il 3 febbraro, l'infermo aveva dormito bene la notte: aveva avuto cinque o sei scariche in seguito del purgante; ma verso la notte la respirazione erasi di nuovo imbarazzata, e faceva sentire il sibilo stesso come avanti l'operazione. Il dottor Porter si accorse che il tubo era sdrucciolato, e che l'apertura della trachea era considerabilmente diminuita a motivo che i suoi bordi eransi coperti d'un muco denso; ei lo nettò colla punta d'una sonda; e il tubo sembrando essere troppo corto, se ne sostituì un altro più conveniente.

L'infermo trovossi allora assai meglio, ed esprimeva con segni il suo sollievo. Il polso, sempre debolissimo, dava cento pulsazioni. L'estremità non avevano ancora ricuperato il lor calor naturale. Il miscuglio caldo d'acqua e vino fu continuato per bevanda, e si prescrisse una mezza dramma di calomelano, in tre dosi, nella giornata. Il 4 febbraro, il sonno era stato assai buono nella notte; ma avevano avuto luogo due accessi di dispnea, cagionati dall'obliterazione dell'apertura artificiale. Il polso dava cento pulsazioni: era però più molle e più pieno; il ventre era libero, ma la respirazione era imbarazzata dall'ostacolo che un muco denso offriva al passaggio dell'aria, e l'infermo era costretto di ricorrere all'apertura naturale del laringe, e di fare

grandi sforzi muscolari per eseguire l'inspirazione, la quale però era meno difficile che prima dell'operazione. Uop'era di nettar frequentemente i bordi della piaga, onde prevenire gli attacchi di soffocazione, e l'infermo era molto tormentato dalla grande quantità di muco che accumulavasi nella trachea, e che obbligato era d'espellere dalla ferita. L'espressione della faccia, ancor molto alterata, aveva nulla di meno perduto quell'aria di smarrimento e d'anzietà che la caratterizzavano da principio; la lividezza e il gonfior delle guance e delle labbra erano interamente dispársi; la debolezza era presso a poco la stessa. Continuaronsi le bevande toniche, ed amministrossi in quel giorno uno scropolo di calomelano, in due dosi eguali.

Il 5 febbraro, l'infermo aveva dormito bene: aveva appetito e dimandava degli alimenti; non gli si potè accordare tutto ciò ch'egli desiderava. La bocca era affetta dal mercurio, e mandava un odor fetido. La respirazione facevasi in parte dalla ferita e in parte dalla via naturale, ma senza strepito e senza sforzo. Applicando un dito sulla piaga, per intercettar il passaggio dell'aria, il miglioramento della malattia diveniva sensibilissimo, e l'infermo poteva già provarsi a parlare: ei non aveva più tosse. Lo ptialismo essendo perfettamente stabilito, si diminuì la dose del calomelano, che fu dato solamente nella proporzione di due grani, combinati con l'oppio e l'antimonio, da prendersi tre volte al giorno.

Il 6, l'infermo pareva molto assopito, certamente a cagione dell'oppio che aveva preso; ma era contento del suo stato; aveva avuto tre evacuazioni; il polso più molle e più pieno, dava cento due pulsazioni. La respirazione facevasi dalla piaga, ma il passaggio dell'aria era accompagnato da sibilo prodotto dal muco denso che copriva i suoi bordi, ciò che richiedeva che fosse nettata ad ogni due o tre ore. Per rimediare a questo inconveniente, il dottor Porter si determinò ad allargar l'apertura fatta nella trachea, che divenne allora di tre quarti di pollice. L'infermo fu da questo momento più tranquillo, respirava agevolmente, ed espettorava dalla ferita.

La sera, l'infermo risentiva tutto il vantaggio dell'ultima operazione; non furonvi più accessi di dispnea, l'appetito era buono, cessata la tosse.

Il 7, il miglioramento continuava; scorreva dalla piaga un pus di buona natura; la bocca era affetta, e considerevole la salivazione.

L'8, la respirazione facevasi dalla ferita, senza difficoltà; eravi un poco di tosse, cagionata dal pus che colava nella trachea-arteria; lo ptialismo era lo stesso; niun dolore esisteva nel laringe.

Il 9, bocca sempre alteratissima, miglioramento rapido. Applicando il dito sulla ferita, l'infermo riprese l'esercizio della parola; disse con voce piena e chiara che stava perfettamente bene. Da questo giorno ei fece rapidi progressi verso la guarigione. La bocca continuava ad essere alteratissima; copiosissimo era lo scorrimento della saliva. Per diminuirlo si ricorse con successo ai purganti salini. Sin tanto che la bocca e le gengive restarono infiammate, non giudicossi opportuno di riunire i bordi della ferita, tanto più che non eravi alcun inconveniente a lasciarli allontanati; si riunirono però il 22 febbraro. L'infermo si alzò e parve interamente ristabilito, e il 2 marzo uscì dall'ospedale, senza che la malattia avesse avuto recidiva. Interrogato intorno a ciò che aveva preceduto il suo ingresso all'ospedale, disse che il 16 dicembre erasi accorto d'una raucedine sopravvenuta senza alcuna causa conosciuta, senza essersi esposto al freddo, senza aver commesso alcun eccesso. Questa raucedine durò dieci giorni, e non fu accompagnata da difficoltà nella deglutizione.

Pochi giorni dopo il Natale, la respirazione divenne difficile, ed allora l'anzietà che sperimentava l'infermo lo costrinse a cercar soccorso in diversi stabilimenti di beneficenza. Gli si aveva sul principio fatto un salasso ed applicato un vescicatorio inutilmente; fu ancora salassato due volte senza sollievo. Si diresse a diversi medici. Un di essi prescrisse dei purganti e dei vomitivi: l'ammalato trasse qualche vantaggio da quest'ultimo mezzo. Un altro gli fece applicare due vescicatorj. Il giorno che precesse il suo ingresso all'ospedale, tre altri vescicatorj erano stati apposti in diverse parti; e siccome trovavasi sempre più male, ei l'imputava all'uso di questo mezzo. La notte precedente al suo ingresso all'ospedale, aveva risentito nel petto un dolore talmente vivo, che impedivalo di restare in letto; proseguì esso tutta la notte, e non dissipossi che dopo il copioso salasso che gli fu fatto immediatamente dopo la sua ammissione. Prima di questa flemmasia laringea, l'infermo era nella persuasione d'avere i polmoni attaccati. La respirazione era corta; non poteva camminare più d'un miglio senza stancare; sperimentava parlando una sensazione mole-

sta nella góla. Dopo la guarigione tutti questi incomodi erano scomparsi, e quest'uomo riputavasi in migliore stato che non era stato per l'innanzi.

Osservazione. LV (1)

Ulcerazione del laringe e della trachea-arteria.—Soffocazione imminente.—Tracheotomia.—Guarigione.

Un uomo di 36 anni aveva sofferto piú volte dell'ulcere alla gola, che sospettavasi essere state veneree. L'infiammazione aveva guadagnato il laringe, ed erasi manifestata una difficoltà di respiro e molta raucedine nella voce. Applicossi un vescicatorio, si posero delle sanguisughe, fecesi praticare un trattamento mercuriale e gli accidenti si calmarono in parte. Intanto l'infermo, in un accesso violento di soffocazione, espulse dal laringe un frammento osseo che sospettossi essere una porzione dello sterno, alla parte superiore del quale erasi veduto un tumore infiammatorio(2).

La respirazione e la voce divennero più liberi, e l'ammalato sembrava guarito. Ma ben tosto la soffocazione ricomparve e divenne talmente grave che il dottor Goodéve credette di dover praticare la tracheotomia: l'infermo era vicino a morire asfissiato. Praticossi alla trachea un'apertura di sei linee la quale fece immediatamente cessare la difficoltà della respirazione. Dopo venti minuti, s'introdusse una canula di gomma elastica, la quale determinò sul principio una violenta irritazione e molta tosse, con espulsione di mucosità sanguinolente; ma dopo un'ora, gli accidenti cessarono. L'ammalato conservò la sua canula per li sei mesi che durò il trattamento, dopo il quale restò egli interamente guarito, senza alterazione della voce.

Il signor Goodéve fa osservare ch'è questo, per lui, il secondo esempio di canula introdotta a permanenza nella trachea, e ricorda che Price ne portò una per dieci anni senza inconveniente.

(1) Osservazione raccolta dal dottor Goodève, chirurgo del dispensario di Cliton (*London medical and physical journal*, luglio. 1826.

(2) Tutto porta a credere che questo frammento apparteneva a un anello della trachea, o ad una delle cartilagini del laringe. (*Nota degli autori.*)

Osservazione LVI.

Laringitide cronica che contava quattro anni e mezzo.— Soffocazione imminente. — Tracheotomia. — Introduzione d'una canula a permanenza nella trachea. — Ripristinamento della respirazione.—Indi impaccio dopo sette mesi, alla deglutizione ed alla respirazione. — Sviluppo d'un tumore alla parte posteriore della trachea.—Morte d'inanizione otto mesi dopo l'operazione.

Marianna Milet, moglie d'un certo Cotillard, dimorante a Choisy-le-Roi, di anni sessanta. Dotata d'una sanità robusta, d'un coraggio inalterabile, ebbe la direzione per trent'anni d'un grande stabilimento che suo marito aveva a titolo d'affittaiuolo.

In gennaro 1831, sul principio a lunghissimi intervalli, poi ogni giorno, e finalmente più volte in ventiquattro ore, fu presa d'un assalto di tosse che la soffocava, e durante la quale la sua urina scappava involontariamente. Questa tosse non cessò più e fu sempre secca.

In gennaro 1833, in conseguenza d'una forte contrarietà, ella perdè la sua voce, che poi ricuperò verso la fine di febbraro. Circa la metà di gennaro 1834, la sua voce alterossi di nuovo, ma progressivamente sino al mese di luglio, nella qual'epoca l'afonia fu intera.

L'inferma non si decise a subire un trattamento che in settembre 1834. Allora le si applicò al braccio manco un vescicatorio che ella portò due mesi. In novembre, le furono poste dieci sanguisughe al collo, e pochi giorni dopo, fu applicato un vescicatorio sopra ciascun lato del laringe e vi fu mantenuto due o tre mesi. Poi, in gennaro 1835, si aprì un cauterio alla nuca.

Il 29 gennaro 1835, il signor Andral diagnosticò una laringitide cronica, e sospettò d'un enfisema polmonare.

La malattia intanto continuava i suoi progressi, gli assalti di tosse erano accompagnati da una sensazione insopportabile di grattamento nella gola, e seguiti qualche volta di sternuti ostinati. L'inferma calmava un poco la sua tosse inghiottendo alcuni sorsi d'acqua.

Verso la metà di dicembre 1834, la respirazione la quale era sempre stata facile, divenne impacciata, poi laboriosa, sibilante e accelerata. Le notti passavano nella veglia; il

decubitus accresceva l'oppressione, e ben tosto divenne impossibile. La dispnea finalmente fu tale che il 22 febbraro 1835, l'asfissia pareva imminente.

Il 23 febbraro a nove ore, aprimmo la trachea e fissammo nell'incisione una canula di gran diametro. Immediatamente, ogni sforzo respiratorio cessò, e l'aria penetrava nel petto e ne usciva con facilità.

A contare da questo giorno 23 febbraro, sino al 5 maggio, epoca in cui noi cessammo di veder l'ammalata, la respirazione si stabilì interamente dall'apertura artificiale.

Dopo alquanti mesi, lo stato dell'inferma era soddisfacentissimo, la deglutizione era facile, la respirazione senza alcun ostacolo; ma allorchè toglievasi la canula o che se ne chiudeva il suo orificio, potevasi aver la certezza che la chiusura del laringe era intera.

In settembre 1833, presso che sette mesi dopo l'operazione, la deglutizione divenne difficile, la respirazione penosa, e si vide che le canule, le quali erano troppo corte, non bastavano più a ristabilirla. Sospettossi da questo momento un tumore alla parte posteriore del laringe.

Questo sospetto non era che troppo fondato. A poco a poco gli alimenti solidi o liquidi, i quali sulle prime avevano difficilmente passato, non poterono discendere sin nello stomaco, e l'infelice donna morì di fame e di sete verso la fine d'ottobre 1835.

L'autopsia non potè aver luogo.

Osservazione LVII.

Raucedine.—Dispnea.—Accesso di soffocazione.—Morte imminente. — Laringo tracheotomia. — Sollievo. — Introduzione d'una canula a permanenza. — Morte dieci mesi dopo l'operazione.

Il dottor Evrat, ostetrico distinto della capitale, era pervenuto all'età di settanta anni, senza che niuna infermità avesse mai alterato la sua eccellente costituzione.

Egli aveva una voce pura e piacevolissima.

Il 1 gennaro 1333, fu costretto d'andare la notte a Versailles, per assistere una partoriente; nel tragitto contrasse una raucedine che tutte le possibili cure non riuscirono a modificare.

Non soffriva alcuna oppressione; tossiva poco, e la sua tosse non era accompagnata da espettorazione; la sua salute generale continuava ad essere ottima.

In novembre 1834, era divenuto interamente afono.

Il 20 gennaro 1835, soffrì nel corso della notte un primo accesso d'*asma*, ed allontanossi da allora in poi dalle sue penose occupazioni.

Ben tosto non potè più dormire che sostenuto da molti guanciali, e fu finalmente costretto di passar quasi tutta la notte seduto sopra il suo letto.

Sin qui, l'infermo lamentossi appena del suo stato, e credette solamente d'essere attacato d'asma, nella quale idea era mantenuto dalla remissione che sperimentava durante il giorno.

Ma il 3 febbraro', un'ortopnea estrema costrinse a praticare più salassi i quali non impedirono che la soffocazione non divenisse imminente.

Fummo noi allora chiamati presso l'infermo e ci si fece l'onore di aggiungerci in consulta i professori Moreau, Roux, Dubois padre e Chomel. La morte era imminente. la tracheotomia fu riguardata come l'unica risorsa. L'infermo stesso ne fu persuaso, ed insistette perchè fosse eseguita.

Il 5 febbraro, a due ore dopo mezzo giorno, noi praticammo la laringo tracheotomia; val a dire incidemmo lo spazio cricotiroideo, la cartilagine cricoide e due anelli della trachea-arteria. Ci astenghiamo di dar qui tutti i dettagli dell'operazione e delle medicature, dettagli sui quali abbiamo sopra insistito abbastanza.

La convalescenza fu rapida, ma il laringe parve interamente obliterato otto o dieci giorni dopo l'operazione.

La deglutizione rimaneva sempre difficile; le bevande e gli alimenti minuzzolati provocavano insopportabili assalti di tosse.

L'infermo si ristabilì benissimo, tollerava facilissimamente la presenza d'una canula nella trachea; intanto, ei dimagriva a causa della difficoltà dell'alimentazione.

Finalmente, in novembre 1835, dieci mesi dopo l'operazione, una dissenteria lo tolse in qnindici giorni di vita, senza che nulla nel modo di respirazione, nel suono del petto, nella natura dell'espettorazione, potesse far sospettar al signor Chomel, che visitava l'infermo, l'esistenza d'una lesine polmonare.

Tre mesi prima della morte, erasi manifestato al di so-

pra della canula un piccolo tumore il quale divenne la sede di molte emorragie e che sembrava di natura cancerosa.

Nulladimeno, questo tumore aumentava o diminuiva in ragione dell'irritazione che cagionava la canula: allorquando applicammo una canula molto più lunga, il tumore disparve quasi interamente e non credemmo noi più all'esistenza d'un cancro; opinavamo solamente che il corpo tiroide, il quale era stato diviso nell'operazione, irritato per lo contatto della canula, erasi ipertrofizzato.

Dobbiam dire ancora che tre mesi prima della sua morte, il signor Evrat rese, in uno sforzo di tosse, un piccolo pezzo d'osso il quale certamente non era altra cosa che una porzione di cartilagine ossificata e necrosata. Questa necrosi dipendeva dalla presenza della canula, che fregava sulla cartilagine cricoide, ovvero era prodotta dalla stessa lesione organica la quale aveva cagionato da prima l'afonia ed in seguito la soffocazione?

Questo fatto non poteva essere rischiarato che coll'autopsia; ma la famiglia non la dimandò, abbenchè, col suo testamento, il signor Evrat avesse autorizzato a farla.

Osservazione LVIII.

Laringitide cronica durata molti mesi. — Soffocazione imminente. — Tracheotomia. — Morte un mese dopo l'operazione. — Inspessimento della membrana mucosa del laringe e dell'epiglottide. — Carie della cartilagine tiroide. — Trachea e polmoni sani.

Tra le ammalate che presentaronsi per essere ammesse all'ospedale di Middlesex, trovavasi Hannah Donavan d'anni 34. Ella era seduta a terra, attorniata d'alcuni suoi amici, che la credevano vicina a morire. Non respirava che con molta pena, e faceva sentire una specie di gracidamento. Interrogata sulla sua malattia, non rispondeva che con una voce inarticolata ed interrotta da inspirazioni convulsive. Accennava ella il petto e la parte superiore dello sterno come il luogo ove risentiva una grande oppressione. Allorchè le si disse d'indicare col dito il punto della gola dove ella soffriva, lo portò sulla cartilagine tiroide; non poteva inghiottire i liquidi che in piccola quantità alla volta, e

con molto stento; non aveva preso da molti giorni alimenti solidi. In quanto alle circostanze anteriori alla sua malattia, fu difficile d'ottenerne un ragguaglio soddisfacente, dappoichè ella e i suoi amici, essendo della bassa-Irlanda, davano una risposta differente alle dimande che loro facevansi. Nulladimeno, sembravano d'accordo sopra questo punto, che l'ammalata, cioè, era stata rauca per molti mesi, che da tre settimane era andata molto più male, e che i sintomi attuali duravano da tre giorni con una violenza quasi eguale. Eravi molto calore alla pelle, probabilmente cagionato dagli sforzi che l'inferma faceva per respirare, non potendosi riguardarlo come febbrile, atteso che la lingua era perfettamente netta; ciò che poteva valere come una prova evidente che la malattia non apparteneva all'ordine delle acute. Non potevasi distinguere alcuna apparenza d'infiammazione o di tumefazione alle amiddale, o nelle parti della gola accessibili alla vista. Si prescrisse un salasso ed un vescicatorio; ordinossi anche un purgante da prendersi immediatamente, e piccole dosi di calomelano, d'antimonio e di digitale, ad ogni quattr'ore.

Pria che la quantità di sangue prescritta fosse stata tratta dal braccio, l'ammalata svenne. Ritornando in se, vomitò, e parve un poco sollevata per lo momento.

Nella sera, il sangue sottratto dalla vena, il purgante e le polveri non avevano affatto diminuito i sintomi. La soffocazione pareva prossima: le forze non eransi però sensibilmente scemate dalla mattina: il polso conservava la stessa forza, ed era cresciuto di celerità. Nulladimeno il dottor Latham, considerando che i sintomi non erano quelli d'un' infiammazione acuta, non credè convenevole d'indebolire la costituzione col cavare ancor sangue, contentandosi di rendere più tollerabili i sintomi terribili d'una malattia che pareva non lasciare alcuna speranza di guarigione.

In questo scopo, prescrisse trenta gocce di tintura d'oppio; e gli assistenti ebbero l'ordine di reiterare la stesse dose due o tre volte nel corso della notte, se ciò paresse necessario.

L'indomani mattina, l'inferma era quasi rifinita dai suoi sforzi per respirare; eravi stata veglia e delirio durante la notte. La faccia era pallida, e più marcata l'espressione di ambascia; il polso era più debole e più frequente, e l'articolazione dei suoni quasi impossibile.

In questa critica circostanza, l'operazione della laringoto-

mia pareva il solo mezzo che potesse soccorrere l'inferma e sottrarla ad una morte prossima e inevitabile : il dottor Latham la propose; ma i medici dell'ospedale non la giudicarono conveniente.

Il dottor Latham vide l'inferma la sera, e parvergli più che probabile ch'ella succombesse nel corso della notte; il qual pronosticò sarebbesi certamente avverato, se il signor Carlo Bell non avesse la stessa notte praticato l'operazione.

La cartilagine cricoide fu divisa alla parte anteriore. Appena l'aria penetrò nella trachea-arteria, che l'inferma parve sollevata d'uno stato insopportabile d'angoscia. Avendo lasciato cader la sua testa in dietro, addormentossi al momento d'un sonno così profondo, che sul principio fu creduta morta. Puossi giudicare da ciò a qual grado di spossatezza ella era pervenuta, e quanto grande era stato il sollievo arrecato dall'operazione.

Potevasi sperare che l'inferma si trovasse ora in una condizione che la renderebbe capace di sopportare il suo male fin che percorrebbe i suoi periodi, se però fosse suscettibile di guarigione.

Dopo l'operazione, incontrossi qualche ostacolo a tenere scostati i bordi dell'apertura artificiale. L'introduzione d'un tubo fu riputata come assolutamente impraticabile, e un filo d'argento, curvato in modo da tener lontani i bordi dell'incisione, fu provvisoriamente adibito, sino a che si fosse trovato un espediente più opportuno.

Lo stromento che in seguito si pose in uso componevasi di due branche metalliche stiacciate e riunite da una cerniera. Furono introdotte tra le labbra della ferita, ed allontanavansi o si ravvicinavano a volontà, per mezzo d'una vite che attraversava le loro estremità.

Per lo spazio di molti giorni, lo stato dell'inferma non permise di sperare la sua guarigione. La materia che accumulavasi continuamente nell'apertura artificiale, la necessità di ritirar frequentemente lo stromento per nettarlo, mantenevano una grande irritazione nel laringe.

In tali circostanze, l'inferma era per intervalli ridotta allo stato stesso di sofferenza come avanti l'operazione. Era ella assalita d'accessi di dispnea tanto più frequenti quanto più copiosa era l'escrezione delle mucosità. Dopo quindici giorni, l'irritazione pareva alquanto diminuita; concepiva l'inferma qualche speranza di ristabilimento ; il suo spirito era più tranquillo; godeva d'un perfetto riposo : e quando la trachea

arteria non era ostruita da mucosità, e l'apertura era libera, sentivasi appena lo strepito della sua respirazione: la posizione la più favorevole all'esercizio di questa funzione, sia nel sonno, sia nella veglia, era quella in cui, piegato il tronco sulle ginocchia, appoggiava la testa sulle mani.

Alla fine della seconda quindicina, non iscorgevasi niuna apparenza di miglioramento; e se aveva avuto luogo qualche cangiamento, era sfavorevole piuttosto che vantaggioso: l'articolazione dei suoni era impossibile, la respirazione a quando a quando difficilissima, ed eravi nel petto un sentimento di strettezza e d'oppressione che fu diminuito per qualche tempo dai vescicatorj, ma che poi ricomparve come per l'avanti. Un denso muco stagnava nei bronchi, e non era cacciato che con lunghi sforzi ed una tosse ostinata: gli espettoranti arrecarono poco sollievo; e brevi intervalli di benessere erano comprati con crudeli ambascie. L'esistenza dell'inferma fu certamente prolungata per molti giorni dalle cure e dall'assiduità del signor Heath, farmacista dell'ospedale, il quale ad ogni momento trovavasi presso di lei, e nettava, negli accessi di soffocazione, lo stromento dalle mucosità che vi si attaccavano, rendendo così la respirazione più libera.

L'11 settembre, fu nella notte presa l'inferma d'un accesso terribile di soffocazione, che la fece perire pria che si avesse il tempo di correre in suo soccorso. S'insufflarono i polmoni, adibironsi tutti gli altri mezzi che potevano richiamarla alla vita; ma tutto indarno.

All'apertura del cadavere, la membrana mucosa che riveste il laringe, ed estendesi alla metà superiore dell'epiglottide, e ad un pollice al di sotto della cartilagine cricoide, presentava un notabile ingrossamento; aveva in alcuni luoghi esalato una linfa coagolabile, organizzata in una membrana fibrosa, la quale obliterava i ventricoli del laringe, e chiudeva quasi interamente l'apertura della glottide. Vedevansi, oltre di ciò, due ulcerazioni nella sostanza della cartilagine tiroide, che aprivansi nella cavità del laringe, dove versavano del pus. I polmoni, la trachea-arteria e le sue ramificazioni erano in uno stato perfetto d'integrità.

Osservazione LIX.

Laringitide cronica.—Tracheotomia.—Guarigione.

Il Giornale dei progressi delle scienze mediche, vol. 5, pag. 226 (1829), contiene un'osservazione di tracheotomia, in conseguenza della quale l'inferma portò la canula a permanenza nella trachea per undici mesi, dopo i quali l'affezione del laringe, che aveva reso necessaria l'operazione, fu perfettamente guarita.

Questa osservazione, pubblicata dal dottor Senn, di Ginevra, fu letta all'Instituto, e formò soggetto d'un rapporto dei signori Dupuytren e Dumeril, il 10 dicembre 1827. Offre essa un tale interesse, che abbiam creduto nostro debito di testualmente riprodurla.

Lasciam parlare il signor Senn: Maria Vouan, d'anni sei, d'una piccola statura e d'un temperamento linfatico, mi fu da sua madre condotta, il 22 agosto 1826. Questa fanciulla intelligente e dolcissima, era stata, diciotto mesi innanzi, trattata d'un crup, dal dottor Gosse. D'allora in poi l'era rimasta la voce debolissima e la respirazione difficile, del pari che la deglutizione. Ecco lo stato in cui io la trovai:

Magrezza pronunciata, respirazione sonora, sibilante, semiafonia, glandola tiroide avente il doppio del volume ordinario. Esplorando il petto, trovai dappertutto la respirazione liberissima, e il sibilo mi parve esistere al laringe o alla sommità della trachea. Le funzioni digestive eseguivansi bene.

Aveva io da poco sentito leggere, nella nostra società medica del cantone, una Memoria interessantissima del dottor Prevost, il quale aveva più volte osservato dei piccoli gozzi che, interessando la trachea, davan luogo ad una molestia dei muscoli inspiratori e ad una tosse capace di simulare una tisi incipiente.

Giudicando che il presente caso era di questa natura, sottoposi la fanciulla al trattamento seguente; per nutrimento, latte e pane; un decimo di grano d'idriodato di potassa nell'acqua inzuccherata, da prendersi due volte in ventiquattr'ore, e mezzo grosso di pomata idriodata sotto l'ascella ogni sera. Non occorre il dire ch'io posi la fanciulla al latte, per attenuar l'azione, allo spesso dannosa, delle preparazioni iodio sul sistema digestivo.

Tre settimane di questo trattamento bastarono per ridurre la tiroide al suo volume ordinario; la fanciulla riacquistò della grassezza; la respirazione e la deglutizione divennero facili; ma la voce cangiò alquanto. Era chiaro perciò che l'ostacolo aveva ceduto in parte, ma che il laringe non trovavasi nel suo stato normale. Nulladimeno, soddisfatta la madre del miglioramento della salute di sua figlia, non la rividi che nel mese d'aprile seguente. A questa epoca, mi fu ricondotta, e restai sorpreso ed afflitto insieme dello stato in cui la rinvenni.

Era ella ridotta all'ultimo grado di magrezza; la respirazione, strepitosissima, era delle più penose a udirsi, e richiedeva le contrazioni energiche di tutti i muscoli congeneri dei veri inspiratori. Ad ogni inspirazione, la trachea era trascinata in dietro e in alto, e internavasi tra i muscoli sterno-ioidei: il corpo tiroide aveva conservato il suo volume normale: la fanciulla inghiottiva ancora facilmente i liquidi e la paniccia col latte; ma tutti gli alimenti che mettonsi in boli voluminosi, il midillo di pane per esempio, non potevano passare. Lo stetoscopo avendomi fatto riconoscere, come nel primo esame, che l'ostacolo esisteva al laringe, vennemi immediatamente la idea d'aprire la parte superiore della trachea, di procurare così un libero accesso all'aria, e di mantenere questa via artificiale per mezzo di una canula a permanenza. Ciò che incoraggiavami a tentare questa operazione, era, da un lato, il pericolo imminente che correva questa fanciulla, potendo, da un momento all'altro, la più leggiera angina asfissiarla, siccome n'era stato testimonio in un caso analogo; e dall'altro, d'aver veduto riuscire questa operazione nei cavalli. Io conosceva l'innocuità delle fistole tracheali, conseguenza d'ulcere o di ferite con perdita di sostanza. Ma non dissimulando a me stesso le difficoltà d'una cosiffatta operazione, e la temerità che vi sarebbe a intraprenderla sotto la mia sola responsabilità, volli giovarmi dei consigli del mio onorevole confratello il dottor Prevost, al quale l'inferma fu presentata.

Fu egli della mia stessa opinione sullo stato eminentemente pericoloso della fanciulla, e sulla necessità di trarnela, eziandio con un'operazione azzardosa; ma consigliommi di riunire i miei colleghi i più esperimentati, i signori Maunoir, Mayor, Peschier, Olivet. Chiamati in consulta, questi abili chirurghi, abbenchè non avessero tutta la mia confidenza nell'operazione, furon d'avviso esser io autorizzato a

tentarla, giusta l'aforismo: *In extremis morbis, extrema remedia*

Cercossi di verificar anche meglio che non avevasi fatto sino allora la sede dello strignimento, e a questo fine fu più volte condotto il dito sull'apertura del laringe; un dei miei colleghi credette eziandio di riconoscervi un tumore; ma, avendo io reiterato con più comodo e frequenza l'esplorazione, persistei a credere che l'ostacolo esisteva nello stesso laringe, ed era probabilmente la conseguenza d'un ingrossamento della mucosa.

Negli otto giorni che precedettero l'operazione, continuai ad esaminar attentamente la fanciulla, e potei convincermi che il marasmo faceva grandi progressi e ch'era dovuto alla fatica orribile, conseguenza degli sforzi inspiratori. Questi eran tali, soprattutto nel sonno, che un medico non prevenuto, vedendo dormir questa fanciulla, non avrebbe esitato a riguardarla come agonizzante d'un crup o d'un'angina cotennosa; ad ogni inspirazione, la testa sollevavasi dal guanciale, e tutto il tronco cangiava di sito.

L'operazione fu decisa per il 3 di maggio; io risolsi di praticarla in due tempi distinti, onde avere un più sicuro successo. Nel primo, doveva mettere la parte superiore della trachea a scoperto, e lasciar poi che si arrestasse tutto lo scolo del sangue.

Nel secondo, doveva incidere la cricoide o due o tre anelli della trachea, ed aspettare per mettere la canula a permanenza, che gli accidenti infiammatorj si fossero calmati. La prima parte dell'operazione fu penosissima.

La difficoltà della respirazione rendendo considerevole lo scorrimento venoso, e la trachea essendo in un continuo movimento, divennero necessarie molte legature arteriose e venose. Immersi un bistorì strettissimo al di sopra della cricoide, e la incisi direttamente in basso nell'estensione di quattro o cinque linee. L'aria uscì con forza, e cacciato venne del sangue. Dissi al di sopra della cricoide, almeno lo suppongo; dappoichè era difficile d'assicurarsene in una maniera precisa a causa della profondità in cui trovavasi la trachea.

Tosto che questa via fu offerta all'aria, la respirazione divenne più facile, e potemmo convincerci d'esser noi pervenuti al di sotto dell'ostacolo; ma un'emorragia venosa, che veniva dal fondo della ferita e probabilmente dalla mucosa tracheale, e dal reticolo venoso soprapposto immediatamente a questo canale, obbligommi a turare e a perdere

per lo momento i vantaggi dell'operazione. La notte fu tollerabile, e la perdita di sangue abbastanza considerevole per diminuire i pericoli d'una tracheitide; la fanciulla fu tenuta nel riposo il più perfetto e ad una dieta assoluta. Nelle prime quarant'otto ore, gli accessi furon frequenti. Il polso era a 160, 180; i sudori copiosissimi; ma a poco a poco la suppurazione si stabilì, gli stuelli di filaccia furon tolti, e la respirazione cominciò a farsi dalla ferita.

Il 6 maggio, terzo giorno, la mucosa della bocca si ricoprì d'un leggiero strato cremoso; polso sempre frequentissimo, pelle calda, nessun dolore (gargarismi detersivi).

Il 7, la fanciulla voleva ad ogni costo del nutrimento; accordossi il latte allungato, amministrato di mezz'ora in mezz'ora, ma in piccolissima quantità ogni volta. Tre o quattre volte al giorno, detergeva io la piaga, e toglieva il pus e le mucosità continuamente espulse dalla trachea; senza di ciò diseccavansi sugli orli e mettevano ostacolo all'ingresso dell'aria. Ad ogni medicatura, introduceva nella trachea la estremità d'una sonda laringea, per conservar l'apertura e diminuire a poco a poco la sensibilità della mucosa. Il 12, nono giorno, la fanciulla aveva riacquistato della forze, dell'ilarità, l'espressione era buona, il polso ridotto a 90. Dopo d'aver fatto la medicatura della sera, lasciai libera l'apertura della trachea, e riserbai all'indomani la collocazione della canula a permanenza. Ma nella notte, le mucosità essendo state segregate in maggiore abbondanza, obliterarono interamente l'apertura. Le persone che guardavano la fanciulla, temendo di vederla ad ogni istante perir soffocata, perdettero la testa, e, verso la mattina, io la trovai coperta d'un sudor freddo, quasi senza conoscenza, e in uno stato così deplorabile, che credei, nel primo momento, non esservi nulla a tentare, e quasi ridicolo d'occuparsi d'un cadavere. Nulla di meno, riflettendo che tutti questi sintomi allarmanti potevano essere la conseguenza della fatica risultante dagli sforzi violenti per respirare, fatica alla quale la fanciulla non era più da alcuni giorni avvezza, collocai una canula. La fanciulla non ritornò in sensi; ma la respirazione accelerossi e montò a 80 per minuto, poi a poco a poco diminuì; i polmoni, probabilissimamente ingorgati, si sgorgarono, e due ore dopo, la fanciulla non respirava più che venti volte a minuto, e cominciava a rispondere con gesti; il polso erasi sviluppato e fatto regolare. La sera, la trovai seduta sopra il suo letto, che mangiava

bene come prima della crisi; da allora in poi volli che la canula stasse costantemente a permanenza, e ne feci costruire due. Dopo molte esitazioni, ecco quella che mi parve la più conveniente onde soddisfare a tutte le indicazioni: la sua forma generale è ricurva, adattasi bene alla direzione della trachea, e le permette di eseguire tutti i movimenti. L'estremità è olivare e provveduta di tre aperture laterali, come una sonda da donna, in guisa che non può ferir la mucosa, si oblitera con difficoltà, e può facilissimamente nettarsi. Una lamina circolare, situata alla sua estremità superiore, ritiene il cordone destinato a fissarla, e l'impedisce di penetrar troppo profondamente; il suo gran diametro, in fine, di tre linee e mezzo circa in alto, dà un libero passaggio all'aria, e il suo piccolo diametro di due linee, impedisce che gli orli della trachea non siano troppo molestati.

Alcuni giorni appresso, le persone che avevano in guardia la fanciulla, avendola lasciata troppo lungamente senza canula, non seppero ricollocarla, e la fanciulla cadde in asfissia; io giunsi intanto, e, avendo fortemente insufflato, mediante la sonda laringea collocata nell'apertura, la fanciulla ritornò subitamente in sensi: questo accidente ci servì di lezione. D'allora in poi, al momento in cui toglievasi la canula per esser nettata, mettevasi l'altra in sito, e in queste modo non ebbe più luogo alcuna crise, malgrado un catarro polmonare intensissimo, che fu la conseguenza dell'essersi la fanciulla esposta ad una corrente d'aria fredda, e che rese necessario, per l'abbondanza delle mucosità segregate, il cangiamento della canula quasi ad ogni ora.

Il 22 maggio, il catarro era interamente cessato, la canula era rimasta tutta la notte in sito, senza ostruirsi; la fanciulla non aveva più sudori nè accessi di febbre. La grassezza aveva fatto sensibili progressi, l'appetito era grandissimo, tutto faceva sperare che lontano già fosse ogni pericolo; ma, diceva a me stesso, la prima indicazione essere solamente adempiuta; restarci ancora a disostruire il laringe: riusciremo noi in questo secondo tentativo? In tutti i casi, uop'era aspettare che la salute della fanciulla fosse perfettamente ristabilita.

Nel mese di giugno, trovandosi già la fanciulla perfettamente bene, volli esaminar di nuovo il laringe, per veder ciò che vi fosse; ma non trovai più la medesima docilità: contenta di poter respirare senza alcuna difficoltà, e di vedersi sicura della vita, la nostra piccola inferma non volle

sottoporsi a nuove ricerche: è probabile ch'ella abbia fatto bene e che il suo istinto l'abbia ben consigliata. Ed in vero, al momento in cui io scrivo queste linee, non solamente ella gode d'una sanità perfetta, ma può inghiottire ogni sorta d'alimenti, e non risente niuna specie d'impaccio; però, togliendo la canula e chiudendo l'apertura col dito, si scorge che la voce ha acquistato della forza, e che l'apertura laringea si è ingrandita. È probabilissimo che la suppurazione, la quale durò lungamente, abbia agito come un esutorio e diminuito l'ingorgamento; in oltre, non dobbiamo aspettare lo sviluppo della pubertà? ognun sa che notabilissimo è per gli organi vocali: non potrebbe bastare esso per ridonare al lume del laringe la sua capacità ordinaria? Tutte queste considerazioni m'inducono ad aspettar con pazienza senza far correre nuovi rischi alla mia interessante piccola inferma.

Questa osservazione pruova ad evidenza che la tracheotomia può essere praticata non solo per mantenere momentaneamente il corso dell'aria, ed estrarre un corpo straniero, ma per ottenere eziandio un nuovo modo permanente di respirazione, ciò che sin ora non era stato fatto, non avendo almeno nulla trovato io di simile negli autori (1).

L'operazione fu resa difficile a causa dell'età dell'inferma, e della disposizione anatomica delle parti; ma nell'adulto sarebbe più agevole il praticarla, soprattutto nell'uomo, a motivo della prominenza del laringe, e credo che potrà rendere grandi servizj in certi casi di tisi laringea, di tumore sviluppatosi nell'interno o all'esterno del laringe, sulla lingua o nel faringe; atteso che si vede che molto spesso gli infermi soccombono asfissiati. Così, nell'uomo che fa il soggetto della prima nota (2), questa operazione avrebbe potuto permettere d'esplorare il laringe, di riconoscere il tumore ed anche d'asportarlo.

Il signor Senn scrisse, in data del 1 agosto 1829, quindici mesi dopo l'operazione, la lettera seguente al compilatore del Giornale dei progressi, pregandolo di pubblicare la osservazione per disteso. Questa lettera essendo il compimento indispensabile dell'istoria della piccola inferma, noi ve

(1) Le osservazioni che precedono provano che il signor Senn non era al corrente di ciò ch'erasi fatto prima di lui (*Nota degli autori*).

(2) Questa osservazione, di cui parla il signor Senn, fu da noi rapportata al n. 2 (*Nota degli autori*).

l'abbiamo annessa, onde canoscersi il risultato diffinitivo del trattamento.

« All'epoca in cui inviai la Memoria all'Instituto, val a dire sei mesi dopo l'operazione, la fanciulla stava bene, viveva colla sua canula, ma non lasciavala mai; nel corso dell'inverno del 1828, fu ella attaccata di tosse convulsiva, ma tollerò bene questa malattia, alla quale una delle sue amiche, più giovine di lei, succombette. Io non saprei dire se il laringe si fosse dilatato negli assalti di tosse, se la suppurazione della ferita, fomentata nei primi tre mesi dalla presenza della canula, avesse agito come cauterio collocato alla vicinanza d'un ingorgamento qualunque, ovvero se il miglioramento, o piuttosto il cangiamento totale sopravvenuto nello stato generale, fosse stato seguito d'un assorbimento attivo nei tessuti morbosi. Forse tutte queste cause agirono simultaneamente; ed è certo che nella primavera del 1828, val a dire undici mesi dopo l'operazione, avendo tentato di togliere la canula (malgrado la resistenza della fanciulla che risguardavala come necessaria alla sua vita), poi di chiudere l'apertura con taffetà gommoso, riconobbi, non senza sorpresa, che il laringe era perfettamente libero, e che un esercizio, anche violento, non era seguito da niuna difficoltà nell'inspirazione; per lo che non rimpiazzai la canula, e quindici o venti giorni appresso la fistola laringo-tracheale erasi dissipata: d'allora in poi la fanciulla è stata sempre bene, la voce divenne perfettamente naturale, e il tuono non n'è affatto alterato. Dietro questa osservazione, non puossi, con fondamento, sperar di veder gli ammalati affetti di ciò che chiamasi tisi laringea, strappati ad una morte certa, allorchè l'operazione fatta e il collocamento della canula potranno permettere una esplorazione esatta del laringe, l'uso dei detersivi, tutte le attenzioni di pulitezza, e, più d'ogni altro, il riposo dell'organo affetto? Io sottometto queste riflessioni ai pratici sagaci e desiderosi del progresso dell'arte. Spero tra pochi giorni d'essere chiamato a fare questa medesima operazione sopra un uomo di trenta anni, il quale, in conseguenza di eccessi in ogni genere, fu attaccato di laringitide acuta, poi cronica, ed è ora continuamente minacciato di soffocazione per lo ristrignimento della capacità laringea. Il colorito violetto, l'assenza di malattie organiche del cuore e dei polmoni, la sensibilità, il volume del laringe, e il sibilo, non lasciano alcun dubbio sulla sede del male; l'operazione da me proposta, accettata in un consulto, non è

stata acconsentita ancora dall'infermo, il quale ha voluto ch'io tentassi prima l'applicazione di due setoni sui lati del laringe, e che probabilmente aspetterà, per sottoporvisi, d'esser ridotto all'ultimo grado di marasmo.»

Gli Archivj generali di medicina del 1836 (seconda serie, t. 12, pag. 103 e segu.) contengono due osservazioni interessantissime d'ulcerazioni sifilitiche che avevano condotto gl'infermi sino all'imminenza dell'asfissia. Il dottor Tommaso Enrico Purdon praticò la tracheotomia in entrambi i due casi; lasciò una canula a permanenza, e la guarigione fu perfetta. Queste due osservazioni offrono un tale interesse che crediamo di non poterci dispensare dall'inserirle quì.

Osservazione LX.

Ulcerazioni sifilitiche del laringe.—Tracheotomia.—Guarigione.

Maria M'Alister si presentò al Dispensario il 3 aprile 1831, lamentandosi di dispnea, d'una tosse rauca e crupale. La pressione sulla cartilagine tiroide cagionava dolore; la respirazione era soprattutto difficile nell'inspirazione; l'inferma non parlava che a voce bassa, ed era considerabilmente dimagrita. Questo stato durava da sei settimane; i sintomi avevano progressivamente peggiorato. Molti mesi prima, aveva contratto la sifilide, per la quale aveva fatto uso del mercurio sino alla salivazione; non aveva però sofferto alcun altro sintomo secondario. *(Prescrizione*: un vescicatorio alla parte anteriore della gola; mercurio *cum creta*, cinque grani; calomelano, un grano; oppio, un terzo di grano, da prendersi ad ogni sei ore.)

Il 4, la respirazione era molto più difficile; l'imminenza della soffocazione rendeva l'operazione indispensabile, la quale fu facilmente eseguita. Corse appena un'oncia di sangue, non essendo stato aperto alcun vaso. La trachea fu divisa longitudinalmente; un uncino, impiantato nel suo tessuto, la fissò, e permise di toglierne una piccola porzione da ciascun lato della incisione. Collocossi allora un tubo nell'apertura, e si prescrisse di continuare il mercurio ad ogni tre ore.

Il 6, trovandosi la bocca attaccata, rimpiazzossi il mercurio colla salsapariglia.

L'inferma si ristabilì dopo l'operazione, senza che la sua guarigione fosse disturbata da alcun sintomo cattivo; solamente fu tormentata per il corso di tre settimane dall'espettorazione di mucosità dense, simili a quelle che sono evacuate dal naso. A quest'epoca, ebbe frequenti stimoli a tossire, determinati probabilmente dalla cicatrizzaziene e raggrinzamento dell'ulcerazione della glottide, dove l'inferma sperimentava una sensazione di strignimento. Ella era, al momento dell'operazione, gravida di sette mesi, e sgravossi, a termine, felicemente. Poco dopo la sua nascita, il bambino presentò alcuni segni di sifilide, come un'eruzione squamosa e un piccol numero di fessure alla pianta dei piedi. Questi sintomi disparvero sotto l'influenza di una certa quantità di mercurio *cum creta*. Più tardi questa donna si maritò, ed ebbe, nel 1833, un secondo figlio. Due anni dopo, stava perfettamente bene, respirando però sempre per mezzo del tubo collocato nella ferita della trachea; la sua voce era interamente estinta, e poteva ella appena articolare una parola.

Osservazione LXI.

Laringitide cronica.—Asfissia imminente.—Tracheotomia.—Guarigione.

Margarita Coyle entrò all'ospedale di Belfort, verso la fine di settembre 1835, offrendo sintomi di laringitide, cioè voce bassa, tosse, dolore cagionato dalla deglutizione e dalla pressione sulla cartilagine tiroide, respirazione rauca. Aveva già, ella disse, sofferto di questa malattia, e n'era stata guarita con una salivazione. Le fu prescritto un vescicatorio alla parte anteriore del collo, e delle pillole mercuriali mattina e sera. Quest'ultime produssero dopo otto giorni la salivazione, senza alcun miglioramento sensibile nei sintomi. Esaminando l'interno della gola, non osservossi nulla di anormale.

Il 1 ottobre, a mezzo giorno, lo stato dell'inferma era siccome all'ordinario, ma a notte avanzata, la respirazione divenne subitamente crupale. Il 2, faccia affannata, respirazione estremamente difficile; labbri porporini; polso frequente e debole. Nella persuasione che la medicina non poteva trionfar di questi accidenti, si propose, come ultima

risorsa, l'operazione alla quale l'inferma si sottomise; ma non fu essa, in questo caso, eseguita colla stessa facilità come la precedente, atteso che questa donna aveva il collo cortissimo, e la trachea presentava una tale mobilità che fui costretto di fissarla con un uncino, pria che imprendessi ad aprirla. Allora un frammento ovale fu facilmente tolto d'un sol colpo dal bistorì. Un piccolo vaso muscolare fu solamente aperto: ma cessò di mandar sangue tosto che venne stretto tra le dita. Pria che la trachea fosse colpita, e mentre separava i muscoli, a motivo dei movimenti della trachea, entrò dell'aria nella ferita ad ogni inspirazione; quest'aria, respinta nel momento dell'espirazione, penetrò in parte nel tessuto cellulare, e produsse un piccolo enfisema. Tale accidente fu cagionato dalla difficoltà risultante dal piccolo spazio che separava, in questa donna, la cartilagine tiroide dallo sterno. Al momento in cui la trachea fu aperta, le labbra divennero vermiglie, e l'inferma non isperimentò quella angoscia che per ordinario ha luogo allorchè l'aria entra subitamente dopo l'apertura della trachea. Da questo momento sino al 20 ottobre, l'inferma si ristabilì senza sintomi cattivi, ma portando come l'ammalata dell'istoria precedente un tubo, e con avere egualmente perduto la voce. L'espettorazione mucosa fu in questo caso meno penosa, e non fuvvi quì, come nell'altra inferma, alcuna tendenza all'infiammazione dalla trachea.

In entrambi i casi, il tubo introdotto immediatamente dopo l'operazione era più largo di quello che fu situato a permanenza; era di figura ovale, ed aveva il suo maggior diametro un poco più d'un terzo di pollice, e circa un quarto il piccolo. La sua lunghezza era quasi un pollice e mezzo. Il tubo situato a permanenza era diritto, e di tale lunghezza che poteva penetrarne un quarto circa di pollice nella trachea; quindi la sua lunghezza deve variare secondo la spessezza delle parti che ricuoprono quest'organo. Era circolare e doppio Il tubo interno, il quale bisognava di quando in quando nettarsi, aveva un quarto di pollice di diametro; ed è questa la più piccola dimensione che possa permettere una respirazione libera e facile. Il tubo esteriore non aveva alcuna prominenza all'estremità che internavasi nella trachea, siccome per ordinario suole avere. Ed in vero, questa prominenza non serve che a renderne l'introduzione più difficile, e non è sempre sicuro che ne prevenga l'espulsione. Nel fatto, tre ammalati nei quali ne ho fatto uso,

han preferito il tubo senza prominenza. I tubi ricurvi, secondo le mie osservazioni, sono più facilmente espulsi e più difficili a nettarsi. Il tubo più largo, adoperato sul principio, ha il vantaggio di non essere facilmente obliterato dalle mucosità che sono allora abbondantissime, e puossi nettarlo senza tormentare l'infermo. I tubi sono ritenuti nella ferita per mezzo d'una fettuccia che passa nei due forami praticati sopra una lamina d'argento situata alla loro estremità esteriore e che si annodano dietro il collo.

A queste esservazioni così autorevoli e concludenti, potremmo aggiungere quella di madama Petit, da noi tracheotomizzata nell'ultimo grado dell'asfissia prodotta da una tisi laringea cancerrosa (ved. l'osserv. n. 18.)

L'operazione della tracheotomia non è veramente che un mezzo dilatorio allorchè esistono nel laringe e nei polmoni disordini tali da rendere ogni guarigione impossibile, e la operazione limitasi allora a prolungare i giorni degl'infermi, siccome abbiam veduto in madama Cotillard (osserv. 56); in madama Petit (osserv. 18); e nell'infermo operato dal signor Fourney (osserv n. 22); ma quando il laringe è solamente attaccato d'ulcerazioni e di gonfiamento e non esista necrosi delle cartilagini, havvi fondamento di sperare la guarigione; e i belli risultati ottenuti nelle osservazioni 51, 52, 53, 54 e 55, lo dimostrano nella maniera la più evidente.

Il trattamento che seguir deve l'operazione è lo stesso che quello che sarebbesi adoperato se la soffocazione non avesse imposto al medico doveri più urgenti.

Allorquando la guarigione della lesione laringea tarda ad effettuirsi, bisogna profittare dell'apertura praticata nella trachea per far entrare nel laringe dei medicamenti topici, i quali saranno allora sopportati più facilmente, in quanto che il laringe ha cessato di dar passaggio all'aria. e di contrarsi convulsivamente sotto l'influenza del più piccolo stimolante; così noi abbiamo, per mezzo d'un fusto metallico, armato d'una piccola spugna, portato sulla glottide stessa dei liquidi densi, come l'acqua di gomma tenente in sospensione un poco di calomelano; delle pomate mercuriali. in somma, i medicamenti che giudicavamo capaci di poter felicemente modificar lo stato della membrana mucosa.

Che se esistano necrosi alquanto estese, è chiaro che il gonfiamento consecutivo del tessuto cellulare sottomucoso non dileguerassi che dopo la caduta del sequestro; e non è

TAVOLA
DELLE MATERIE

CAPITOLO III. CAUSE.

CAPITOLO IV. SPECIE.

ESEMPI DI TISI LARINGEA SEMPLICE.

ESEMPI DI TISI LARINGEA SIFILITICA.

ESEMPI DI TISI LARINGEA CANCERROSA.

ESEMPI DI TISI LARINGEA TUBERCOLOSA.

CAPITPLO V. SINTOMI.

CAPITOLO VI. TERMINAZIONI.

CAPITOLO VII. TRATTAMENTO.

FINE DELLA TAVOLA.